



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

“Suporte social, qualidade de vida e morbilidade psicológica
em toxicodependentes com hepatite B e C”

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Eduarda Sofia Rodrigues Machado



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2012



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

**“Suporte social, qualidade de vida e morbilidade psicológica
em toxicodependentes com hepatite B e C”**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Eduarda Sofia Rodrigues Machado

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2012

Índice

Agradecimentos	3
Resumo	4
Abstract	5
Introdução	6
1ª Parte – Enquadramento Teórico	10
Capítulo I – A toxicodependência	11
1.1. História e Evolução do Conceito.....	11
1.2. Características Epidemiológicas.....	15
1.3. Características Clínicas.....	16
1.3.1. Critérios de Diagnóstico (para as toxicodependências).....	16
1.4. Hepatite B e C.....	18
1.4.1. Características Epidemiológicas.....	21
1.4.2. Fatores de Risco e Limitações da doença.....	22
Capítulo II – Variáveis Psicossociais na Toxicodependência	25
2.1. Morbilidade Psicológica.....	25
2.2. Suporte Social.....	29
2.3. Qualidade de Vida.....	32
2ª Parte – Investigação Empírica	37
Capítulo III – Metodologia	38
3.1. Objetivos.....	38
3.2. <i>Design</i>	39
3.3. Variáveis.....	39
3.4. Hipóteses.....	40
3.5. Procedimento e Recolha de Dados.....	40
3.6. População e Amostra.....	41
3.7. Instrumentos.....	41
3.7.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	41
3.7.2. Questionário de Qualidade de Vida breve (WHOQOL – BREF).....	42
3.7.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social.....	44
3.7.4. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.....	46

3.8. Procedimentos Estatísticos.....	47
Capítulo IV – Apresentação dos Resultados.....	49
Capítulo V – Discussão dos Resultados.....	57
Limitações Do Estudo.....	59
Capítulo VI - Conclusão Geral e Implicações para o Futuro.....	60
Bibliografia.....	62
Anexos.....	72

Agradecimentos

À Prof. Doutora Eleonora pela exigência, capacidade de trabalho, profissionalismo, conhecimento e ajuda.

À instituição que me acolheu para a recolha de dados.

A todos os utentes que participaram neste estudo e o tornaram possível.

À Dra Ana Campilho pela disponibilidade, generosidade e incentivo...

Aos meus pais e irmão por todo carinho e compreensão...

A todos os meus amigos que me ajudaram e deram força para continuar a lutar, em especial à Mariana, à Daniela e ao David...

“O que verdadeiramente somos é aquilo que o impossível cria em nós....”

(Clarice Lispector)

Resumo

No presente estudo pretende-se avaliar a relação existente entre o suporte social, a qualidade de vida e a morbilidade psicológica em toxicodependentes infetados com o vírus da hepatite B e C. Na avaliação foram aplicados três instrumentos, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, o Questionário de Qualidade de Vida breve (WHOQOL – BREF) e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), a uma amostra de 31 pessoas, utentes do IDT de Braga. Os resultados deste estudo indicam que os toxicodependentes com diagnóstico de hepatite B ou C percecionam a sua qualidade de vida como elevada, assim como a sua rede de suporte social. No entanto, existem diferenças nos níveis de ansiedade e depressão nos indivíduos com os diferentes tipos de hepatite, os indivíduos com hepatite B têm maiores níveis de ansiedade e os indivíduos com hepatite C experimentam maiores níveis de depressão.

Palavras-chave: suporte social; qualidade de vida; ansiedade e depressão; toxicodependentes com hepatite B ou C

Abstract

The present study aims to assess the relationship between social support, life quality and psychological morbidity among drug users infected with hepatitis B and C. In evaluating three instruments were applied, the Satisfaction Scale Social Support, the Life Quality Questionnaire brief (WHOQOL - BREF) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), a sample of 31 people, users of IDT Braga. The results of this study indicate that drug users diagnosed with hepatitis B or C perceives its high life quality as well as their social support network. However, there are differences in levels of anxiety and depression in individuals with different types of hepatitis, individuals with hepatitis B have higher levels of anxiety and individuals with hepatitis C experience higher levels of depression.

Key-words: social support, life quality, anxiety and depression; drug addicts with hepatitis B or C

Introdução

A toxicodependência afeta diversas áreas da vida e do funcionamento humano, afligindo o indivíduo, a sua família, amigos e redes sociais mais próximas (e.g., colegas, vizinhos), as comunidades onde existem toxicodependentes e, num sentido mais alargado, perturbando também as culturas e sociedades de todo mundo. O conceito de toxicodependência integra um conjunto de realidades muito diferentes. Embora o principal responsável por essas diferenças, não seja só a substância, pelas características ou gravidade, o que se sabe é que a cocaína, a heroína, as anfetaminas, o haxixe, os alucinogénios, entre outros, originam diversos tipos de dependências mas com características em comum (Miguel, 1997). A toxicodependência também está diretamente relacionada com a degradação de bairros, de famílias, de instituições e de valores sociais (e.g., o casamento), com o aumento do crime e da violência (Laudet, Morgen & White 2006; Rokach, 2005; Sindelar & Fiellin, 2001), e, para além disto, ainda contribui para o alastramento de doenças infecto-contagiosas incluindo o HIV/SIDA, as hepatites B e C e a tuberculose (Rokach, 2005).

O vírus da hepatite B (VHB) pode ser encontrado no sangue, no esperma e nos fluidos vaginais das pessoas infetadas, contudo, quantidades muito pequenas foram já encontradas no leite materno, na saliva e no suor. Uma pessoa pode ser infetada com hepatite B partilhando material de injeção ou de tatuagem, praticando sexo oral, anal ou vaginal sem proteção ou partilhando objetos de cuidados pessoais (escovas de dentes, lâminas, corta-unhas). O VHB pode ser transmitido de mãe para filho durante a gravidez ou parto. Este pode ser tratado com interferão peguilado e medicamentos antivirais orais (Collins & Swan, 2010).

No que diz respeito à hepatite C, esta é uma doença do fígado provocada pelo vírus da hepatite C (VHC). Este vírus encontra-se principalmente no sangue e nas células do fígado, onde pode provocar danos, como inflamação do fígado e nos casos mais graves cirrose. Esta progressão da doença pode reduzir a capacidade do fígado exercer algumas funções. O VHC transmite-se pelo sangue, ou seja, se o sangue de uma pessoa infetada pelo VHC entrar na corrente sanguínea de outra pessoa. Este vírus pode ser curado através da toma de medicamentos, sendo crónico apenas quando não é eliminado do sistema imunitário nos primeiros seis meses (Collins & Swan, 2010).

A depressão e a ansiedade são efeitos indesejáveis do interferão peguilado, sendo que, quando já há antecedentes de depressão, há maior risco de reaparecimento destes sintomas durante o tratamento. É, por isso, importante, algumas pessoas considerarem o uso de anti-depressivos no caso de surgirem estes efeitos indesejáveis, porque a depressão é a principal razão de abandono de tratamento (Collins & Swan, 2010).

Posto isto, é importante considerarmos aspetos como a qualidade de vida e a perceção de suporte social que estas pessoas têm e que podem vir a ajudar no tratamento destas duas formas de Hepatite (B e C).

Quando se fala no conceito de Qualidade de Vida há que ter em atenção a dificuldade que existe na sua definição, pois não existe uma definição universalmente aceite na literatura dos últimos 30 anos (Rodrigues, 2006). Denota-se uma inquietação crescente com a avaliação da qualidade de vida em relação com a saúde, isto é, da qualidade de vida das pessoas que, por alguma razão, estão ligadas ao sistema de cuidados de saúde, e que tem como fator central a saúde (Ribeiro, Meneses, Meneses & Grupo-QDV, 1998, *cit in* Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003). O crescimento do número de pessoas com doença crónica e o aumento de novos tratamentos e tecnologias que possibilitam viver com estas doenças por períodos de tempo excessivamente longos, ou até mesmo durante toda a vida, o reconhecimento dos direitos do doente, bem como a indispensabilidade de melhorar a tomada de decisão no âmbito dos cuidados de saúde e de proceder a uma mais eficaz divisão dos seus recursos, tornaram urgente a necessidade de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem deste tipo de doenças (Grégoire, 1995; Ribeiro, 1994, *cit in* Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003). Esta preocupação na qualidade de vida espelha um empenho para melhorar a conhecimento que temos da forma pela qual os seus diferentes domínios são influenciados pelas “características da doença de que sofre a pessoa e pelo tratamento a que se tem de submeter, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes crónicos, apesar da sua doença, dos sintomas, da incapacidade ou das limitações de que dela resultam” (Bech, 1993; Berzon, 2000; Fallowfield, 1990, *cit in* Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003 p. 185).

Segundo Ribeiro (1994, *cit in* Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003), o paradigma da qualidade de vida, tal como é percebido pela Psicologia, contém um agregado de características operacionais que o tornam essencialmente diferente das variáveis tradicionalmente ponderadas no sistema de cuidados de saúde, entre as quais se destaca o facto de ser um conceito multifactorial, de se alterar com o tempo e de ser uma medida de percepção pessoal, logo, subjetiva.

Um outro lado muito importante na vida destes doentes é a percepção de suporte social. O suporte social é um dos principais conceitos na psicologia da saúde podendo inibir o desenvolvimento de doenças e tendo um papel positivo na recuperação do indivíduo doente. Apesar de serem várias as definições de suporte social que surgem na literatura, estas são unânimes. Uma das mais conhecidas e referidas na literatura é a de Sarason, Levine e Basham (1983), definindo-o como, “a existência de disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e que gostam de nós” (p.127). Embora se continue a discutir o que pode ser considerado como variável no vasto domínio do suporte social, tais como o número de amigos, a frequência e intensidade de contactos, redes sociais mesmo que não sejam constituídas por amigos, existem alguns aspetos subjetivos, tais como a percepção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe e a satisfação com a dimensão social da sua vida (Ribeiro, 1999).

Com a aquisição da doença, muitos doentes enfrentam a perda de um corpo saudável e para muitos, o funcionamento corporal não adequado conduz a uma perda de autonomia e de capacidade de agir com independência. Oliveira (2000), através de um estudo que efetuou, constatou que a percepção de ausência de suporte social encontra-se significativamente associada à presença de sintomas depressivos. Existem ainda autores que dividem o suporte social em recebido e percebido (Bolger, 2007; Dessen, 2000; DiMatteo, 2004), assim o suporte social recebido é aquele que é recebido por alguém e o suporte social percebido é aquele que o indivíduo percebe como disponível caso necessite dele, tendo em conta a avaliação dos vários domínios da sua vida, relativamente à disponibilidade dos outros para com ele. Posto isto, tendo em consideração que uma boa saúde pode estar associada a um bom nível de qualidade de vida, pode dizer-se que o suporte social que o doente percebe ter, facilita a sua recuperação, o que vai afetar a qualidade de vida que ele relata (Ribeiro, 1999). Assim,

este trabalho tem como objetivo principal avaliar a qualidade de vida e a percepção de suporte social no toxicodependente com hepatite B ou C, bem como as comorbilidades associadas (ansiedade e depressão).

Este trabalho encontra-se dividido em duas grandes partes, a primeira, onde se fala do enquadramento teórico e caracterizam todas as variáveis em estudo, bem como a temática da toxicodependência e uma segunda parte, que é a parte empírica, onde se pretende avaliar e analisar as relações existentes entre suporte social, qualidade de vida e morbidade psicológica (ansiedade e depressão) na população toxicodependente com hepatite B ou C.

No primeiro capítulo deste trabalho é analisada a toxicodependência na sua evolução ao longo da história, até à atualidade, aos critérios clínicos atuais para o seu diagnóstico. É ainda explorada a temática da hepatite B e Hepatite C em vários aspetos. No segundo capítulo, são analisadas as variáveis psicossociais deste trabalho, sendo elas o suporte social, a qualidade de vida e morbidade psicológica (ansiedade e depressão) tendo por base a toxicodependência. Isto tudo na primeira parte.

Na segunda parte, o capítulo três é o da metodologia, desenho do estudo, objetivo da investigação, hipóteses de estudo, variáveis estudadas, procedimentos de recolha de dados, instrumentos de avaliação utilizados e procedimentos de análise dos dados.

O capítulo quatro é o dos resultados. Nele são expostos os resultados relativos à caracterização da amostra e ao teste de hipóteses.

No capítulo cinco é o da discussão dos resultados. São analisados os resultados obtidos, interpretados e comparados com outros estudos e dados da investigação científica pertinentes. Por fim, no capítulo seis, é dada uma conclusão geral, bem como as implicações que esta investigação trará para o futuro.

1ª Parte – Enquadramento Teórico

Capítulo I – A Toxicodependência

1.1. História e Evolução do Conceito

A toxicodependência afeta diversas áreas da vida e do funcionamento humano, afligindo o indivíduo, a sua família, amigos e redes sociais mais próximas (e.g., colegas, vizinhos), as comunidades onde existem toxicodependentes e, num sentido mais alargado, perturbando também as culturas e sociedades de todo mundo. Especificamente, as suas consequências incluem um aumento da utilização dos recursos de saúde (Sindelar & Fiellin, 2001), da morbilidade e da mortalidade (Zocalli, Muscatello, Bruno, Bilardi, De Stefano, Felletti, Isgrò, Micalizzi, Micò, Romeo & Meduri, 2007), e uma redução da saúde mental e física (Laudet et al., 2006; Rokach, 2005), da produtividade profissional e escolar (Magura, 2003; Rokach, 2005), e da auto-estima do consumidor (Sindelar & Fiellin, 2001). A toxicodependência também está directamente relacionada com a degradação de bairros, de famílias, de instituições e de valores sociais, com o aumento do crime e da violência (Laudet et al., 2006; Rokach, 2005; Sindelar & Fiellin, 2001), e, para além disto, ainda contribui para o alastramento de doenças infecto-contagiosas incluindo o VIH/SIDA, as hepatites B e C e a tuberculose (Rokach, 2005).

O conceito de toxicodependência integra um conjunto de realidades muito diferentes. Embora o principal responsável por essas diferenças, não seja só a substância, pelas características ou gravidade, o que se sabe é que a cocaína, a heroína, as anfetaminas, o haxixe, os alucinogénios, entre outros, originam diversos tipos de dependências mas com características em comum (Angel, Angel & Valleur, 2002). Ao tentar fazer-se uma análise ao que é comum no consumo das diversas substâncias, para além do facto do seu uso contínuo ser acompanhado do desenvolvimento de tolerância ou habituação e do fim do seu consumo levar a um síndrome de privação, a dependência, seja ela física ou psíquica, a questão fundamental é o facto de este consumo ser acompanhado de um prazer especial que o torna diferente de todos os outros.

Ao fazer-se uma retrospectiva da história das toxicodependências, denota-se que esta está mais relacionada com o avançar dos conhecimentos médicos e científicos e

com a construção social da doença (Angel, Angel & Valleur, 2002). Segundo estes autores, podemos considerar a toxicodependência como uma forma de regulação proposta pela sociedade da relação entre o ser humano e as substâncias psicoactivas. Segundo Valleur (2002), esta relação remonta já à filosofia dos gregos da Época Clássica como um desses modos de regulação.

Ao longo dos séculos os avanços na medicina introduziram vários tipos de químicos que mais tarde iriam ser mal utilizados causando assim dependências. Desde a introdução do láudano em 1660, por Sydenham, passando pela morfina, o químico alemão Dreser acabou por sintetizar um novo produto ainda mais forte, a heroína, introduzida no mercado como medicamento em 1860. A cocaína aparece na Europa na mesma época, sendo utilizada como anestésico desde 1860. Sendo o químico alemão Albert Niemann em 1859 a extrair o seu segredo. Na Europa, a cocaína supera o ópio e a morfina logo antes da guerra de 1914. Os médicos verificam os primeiros estados de dependência nos militares e, em breve, nos membros da alta sociedade (Angel, Angel & Valleur, 2002).

Durante a Segunda Guerra Mundial, quando um grande número de soldados usava as anfetaminas, Albert Hoffman descobre em 1943 o ácido lisérgico no quadro do laboratório farmacêutico suíço Sandoz. Tendo por inadvertência, absorvido este pó branco, Albert Hoffman efectua a sua “primeira viagem” de LSD. Esta descoberta iria levar às pesquisas sobre o uso dos alucinogénios na terapêutica das perturbações mentais. No final da década de 60, o movimento hippie fez com que houvesse uma expansão das drogas um pouco por todo o mundo, sendo que entre 1969 e 1971 o número de toxicómanos conhece uma grande ascensão, em 1969 houveram 210 intimações por uso ou tráfico de heroína e em 1971, 982 casos. A história das toxicomanias não se pode resumir à das drogas, é também preciso interrogar-se sobre a construção social da “doença” (Angel, Angel & Valleur, 2002).

Segundo Farges (2002), *toxicomania* é um termo antigo, que abarca várias realidades diferentes. Contrariamente aos termos *ismo*, como por exemplo, o alcoolismo, que designam intoxicações, a *mania (loucura) do tóxico* remete para o início do século XX, para a época da degenerescência como grande quadro explicativo das perturbações psiquiátricas.

Sob um ponto de vista mais próximo da clínica e da ciência psicopatológica, Godinho (2008) fala sobre a evolução do conceito de toxicodependência nos últimos tempos. Anteriormente à década de 80, o autor refere que numa pesquisa ao DSM-III, a toxicodependência se caracterizava essencialmente pela dependência física que se traduzia na tolerância e síndrome de privação. Mais tarde, no DSM-IV, estas características foram depreciadas e passaram a colocar a ênfase no descontrolo comportamental, podendo assim dizer que se evoluiu de uma concepção em que o foco principal era a droga, para uma concepção em que o foco passa a ser o contexto em que a droga se vai inserir.

Segundo Patrício (1995), o toxicodependente é uma pessoa doente, quer a nível médico como a nível social.

De entre as várias definições encontradas para a toxicodependência parece ser pertinente referir a da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), que nos diz que esta consiste *“num conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido uso de uma substância e que incluem tipicamente um forte desejo de tomar a droga, dificuldades em controlar o seu uso, persistindo no seu uso apesar das suas consequências nefastas, uma maior prioridade dada ao uso da droga do que a outras actividades e obrigações, tolerância aumentada, e às vezes um estado de privação física”*.

Carvalho (2002) refere que o consumo de substâncias com ação psicotrópica tem progredido de acordo com os trajetos civilizacionais que embora numa primeira fase atue no funcionamento mental (euforizante, estimulante, anestesiante, inebriante, desculpabilizante), traduz-se em dependência e tolerância que após consumo elevado, apresenta elevados riscos bio-psico-sociais imediatos e/ou mediatos.

O consumo abusivo e eventual dependência de determinadas substâncias químicas, como o tabaco, álcool ou drogas em geral é um problema comportamental que tem vindo a tornar-se cada vez mais grave na sociedade contemporânea. A dependência de substâncias escapa à racionalidade e às habituais estruturas de tomada de decisão, e muitas vezes à própria consciência de auto-preservação. É possível, no entanto, conceptualizar orientações de alguns comportamentos desviantes e desadaptados como fazendo parte de um problema adquirido de auto-regulação

emocional de sistemas motivacionais (Carver & Scheier, 1998; Lichtenberg, 1989, *cit in* Torres, Chagas, Ribeiro, 2008).

Ao fazer-se uma revisão bibliográfica extensa sobre a temática, pode verificar-se que autores de vários estudos afirmam que “o que os autores têm em comum, fundamentalmente, é o pontuar uma raiz etiológica muito precoce para as toxicodependências” (Fleming, 1995 *cit in* Pinheiro, Sousa, Silva, Horta, Souza & Fleming, 2001, p.357). Querendo com isto dizer que a raiz do problema pode ser encontrada já na primeira infância. Fleming (1995) refere que “um dos aspetos mais relevantes postos em evidência pela investigação científica tem a ver com a descoberta da existência nas famílias de toxicodependentes de carências de cuidados parentais muito precocemente”, sendo que a perda, por morte ou separação física de um dos progenitores, pode também ser encontrada como uma variável mais frequente na história de vida de um toxicodependente (p.55).

Segundo Matos (2005), a toxicodependência não se desenvolve sem um terreno propício, em que os fatores externos (sociológicos) se deparam com os fatores internos (psicológicos). Ela vai operar como meio de defesa, como sintoma, inscrevendo-se na dor psíquica. As substâncias psicoactivas, como interferem e intervêm nas emoções, uma vez instalada a toxicodependência, passam a participar no controle dos conflitos externos e internos e na manutenção da unidade da pessoa.

Esta visão mais complexa e particular da toxicodependência, faz com que, atualmente, a melhor noção para perceber a toxicodependência (ou as toxicodependências) seja a de trajetória. Ela permite verificar que a toxicodependência não tem nada de um estado imobilizado e estável, mas que entre os prazeres e os sofrimentos há, pelo contrário, uma história dinâmica, marcada por fases instáveis e vivências intensas (Fontaine, Hervé & Morel, 1998).

Como se pode verificar, estão delineados os contornos em que a droga se vai inserir. É este contexto, associado ao consumo repetido de substâncias, que forma as bases da toxicodependência, bem como as diversas variáveis que se colocam nos trajetos de vida de cada indivíduo.

1.2. Características Epidemiológicas

Ao falarmos sobre os dados epidemiológicos das toxicodependências temos que ter em conta aspetos como a legalidade ou não das drogas em questão, pois é um dos fatores que influenciam as suas estatísticas. A droga é um fenómeno mundial estando estimado que cerca de 3% da população (185 milhões de pessoas) consome drogas ilícitas anualmente (OMS, 2012).

Em 2008, o número de utilizadores de drogas injetáveis a nível mundial era estimado em 15.9 milhões, calculando-se que uma em cada dez infeções pelo vírus da imunodeficiência humana tenha ocorrido entre utilizadores de drogas injetáveis (Oliveira, Monteiro, Freixo e Venâncio, 2010). Estes números têm-se mantido até hoje segundo uma estimativa da OMS, que ronda os 16 milhões de pessoas (2012).

No que diz respeito às estimativas do consumo de drogas na Europa, o relatório lançado pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), em 2011, revela as seguintes estimativas referentes à população adulta (15-64 anos) baseadas em inquéritos realizados entre 2001 e 2009-2010. Prevalência do consumo de cannabis – ao longo da vida: cerca de 78 milhões de pessoas (23.3% dos adultos europeus) – no último ano: cerca de 22.5 milhões de adultos europeus (6.7%) – no último mês: cerca de 12 milhões de pessoas (3.6%). Prevalência de consumo de cocaína – ao longo da vida: cerca de 14.5 milhões de pessoas (4.3% dos adultos europeus) – no último ano: cerca de 4 milhões de adultos europeus (1.2%) – no último mês: cerca de 1.5 milhões de pessoas (0.5%). Prevalência do consumo de Ecstasy – ao longo da vida: cerca de 11 milhões de pessoas (3.2% dos adultos europeus) – no último ano: cerca de 2.5 milhões de pessoas (0.7%). Prevalência de consumo de anfetaminas – ao longo da vida: cerca de 12.5 milhões de pessoas (3.8% dos adultos europeus) – no último ano: cerca de 1.5-2 milhões de pessoas (0.5%). Prevalência do consumo de opiáceos – consumidores problemáticos: estimados entre 1.3 a 1.4 milhões de europeus - cerca de 700 000 consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição em 2009. Este relatório mostra ainda que esta é a droga principal em mais de 50% do total de pedidos de tratamento da toxicodependência e que houve ainda cerca de cerca de 7 600 mortes induzidas pela droga, tendo sido detetados opiáceos em cerca de três quartos dos casos

(OEDT, 2011). Comparativamente ao relatório no ano passado pode verificar-se na maioria dos casos um aumento das estimativas de consumo de droga na Europa.

No que diz respeito a Portugal, segundo o último relatório anual do Instituto da Droga e da Toxicodependência, publicado em 2010, destaca a Cannabis como a substância ilícita com as mais elevadas taxas de prevalência de consumo em Portugal, aparecendo logo a seguir, mas com padrões de consumo bastante inferiores, a cocaína e o ecstasy nas populações gerais e os estimulantes, os alucinogénios e a cocaína nas populações escolares (IDT, 2011). Apesar dos consumos de heroína terem vindo a perder visibilidade nos últimos anos, esta continua a ser a principal droga envolvida nos consumos problemáticos.

Entre os anos de 2001 e 2007, os estudos nacionais apontam para um aumento moderado dos consumos a nível da população portuguesa (15-64 anos) e para uma diminuição no caso das populações escolares e reclusas, notando-se assim que entre 2003 e 2007, segundo alguns estudos, aumentou a percepção do risco de consumo regular de várias drogas. No entanto, em 2010, segundo o mesmo relatório, os resultados de um estudo a nível nacional apontam para um aumento do consumo de drogas nas populações escolares entre 2006 e 2010, alertando por isso, para uma crescente necessidade de reforço de medidas preventivas (IDT, 2011).

Segundo Silva e Sousa (2002), existem também em Portugal estudos epidemiológicos sobre o fenómeno de consumo de substâncias ilícitas que indicam uma incidência significativa nas populações mais desfavorecidas cujas capacidades sócio-económicas e educacionais estão mais desestruturadas de normas e valores, fazendo assim com que apareçam sub-mundos onde a luta pela sobrevivência diária mesmo que através das drogas seja vista como uma via possível de sobrevivência.

1.3. Características Clínicas

1.3.1. Critérios de Diagnóstico das Toxicodependências

Uma vez percebida a história da toxicodependência, interessa saber quais os critérios atuais para o seu diagnóstico. Para podermos fazer este diagnóstico, hoje em dia são mais utilizados na prática clínica dois sistemas de classificação diferentes, o

DSM-IV-TR (APA, 2002) e a Classificação Internacional das Doenças (CID-10, Organização Mundial de Saúde, 2001).

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002, p.197), a dependência de substâncias é um padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses: (1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes: (a) necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; (b) diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância. (2) Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes: (a) síndrome de abstinência característica da substância (recorrer aos critérios A e B para abstinência de substâncias específicas); (b) a mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência. (3) A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia. (4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância. (5) É despendida grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, fumar em cadeia) e à recuperação dos seus efeitos. (6) É abandonada ou diminuída a participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância. (7) A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

Adicionalmente, o DSM-IV-TR (2002), considera os seguintes especificadores de diagnóstico: com dependência fisiológica (evidência de tolerância ou abstinência, isto é, presença do item 1 ou 2); sem dependência fisiológica (sem evidência de tolerância ou abstinência, isto é, ausência do item 1 ou 2).

Segundo o CID-10 (OMS, 1998), na síndrome de dependência, pelo menos três das seguintes manifestações devem ter estado habitualmente presentes ao mesmo tempo

no decurso do último ano: (1) desejo intenso ou compulsivo de utilizar uma substância psicoativa; (2) dificuldade em controlar a utilização da substância (início ou interrupção do consumo ou níveis de atualização); (3) síndrome de abstinência fisiológica quando o indivíduo diminui ou pára o consumo de uma substância psicoativa, como testemunham o surgimento de uma síndrome de abstinência, característica da substância ou a utilização da mesma substância (ou de uma substância aparentada) para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência; (4) evidenciação de uma habituação aos efeitos da substância psicoativa; o indivíduo tem necessidade de uma quantidade maior da substância para obter o efeito desejado (certos indivíduos dependentes do álcool ou dos opiáceos podem consumir doses quotidianas que seriam letais ou incapacitantes para os indivíduos não dependentes); (5) abandono progressivo de outras fontes de prazer e interesse em proveito da substância psicoativa, aumento do tempo passado a obter a substância, a consumi-la ou a recuperar dos seus efeitos; (6) continuação do consumo da substância apesar do aparecimento de consequências manifestamente nocivas (por exemplo, atingimento hepático devido a excessos alcoólicos, episódio depressivo após um período de consumo considerável ou alteração do funcionamento cognitivo ligado ao consumo de uma substância) – isto tendo em conta se o indivíduo estava ao corrente da natureza e gravidade das consequências nocivas.

Estes dois sistemas de classificação são de máxima importância na prática clínica para o diagnóstico das toxicodependências. Concluiu-se assim, que ambos se sobrepõem na relevância dada à abstinência, à tolerância ou habituação, às dificuldades em controlar os consumos, à focalização nas drogas com detrimento de outros interesses e à continuação dos consumos apesar de consequências nefastas.

1.4. Hepatite B e C

As hepatites virais são doenças geradas por distintos agentes etiológicos, de distribuição universal, que têm em comum o hepatotropismo. Têm diversos pontos em comum do ponto de vista clínico-laboratorial, mas apresentam grandes diferenças epidemiológicas e quanto à sua evolução. Nos últimos 50 anos, vários foram os avanços no que se refere à prevenção e ao controle das hepatites virais. Os progressos mais significantes foram a identificação dos agentes virais, o facto de se desenvolverem

testes laboratoriais mais específicos, para o rastreio dos indivíduos infetados e a chegada de vacinas protetoras (Ferreira & Silveira, 2004).

O vírus da hepatite B (VHB) pertence à família *Hepadnaviridae*, cujo nome se associa ao seu tropismo pelas células hepáticas e ao seu genoma constituído de uma molécula de DNA de fita parcialmente dupla, sendo este um dos mais importantes problemas de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que cerca de dois biliões de pessoas já estiveram em contacto com o vírus e 350 milhões de pessoas, ou seja, 5% da população do planeta, são portadores deste vírus, o que implica um alto risco de evoluírem para as complicações desta infeção, ou seja, a cirrose, a insuficiência hepática e o carcinoma hepatocelular. A maioria dos indivíduos infetados concentra-se em determinadas áreas geográficas, tais como, o Sudeste Asiático, a África Central e a região Amazónica, onde a prevalência de marcadores sorológicos do vírus B (VHB) varia de 10% a 95%. Este vírus pode ser encontrado no sangue, no esperma e nos fluidos vaginais das pessoas infetadas, contudo, quantidades muito pequenas foram já encontradas no leite materno, na saliva e no suor (Collins & Swan, 2010).

Sabe-se hoje que o VHB circula em altas concentrações no sangue e em baixas concentrações nos outros fluidos orgânicos, e que é aproximadamente 100 vezes mais infetante do que o HIV e 10 vezes mais do que o VHC. O sangue e os outros líquidos orgânicos de uma pessoa portadora do VHB podem infetar outras pessoas duas a três semanas antes de aparecerem os primeiros sinais da doença, mantendo-se assim durante a fase aguda. Em geral, quando a hepatite B é contraída no período peri-natal, existe uma grande possibilidade de esta se tornar crónica, consequente da tolerância imunológica própria dessa fase da vida (Ferreira & Silveira, 2004).

O vírus da hepatite B pode, na sua forma aguda, causar sintomas que duram várias semanas, incluindo, a icterícia (pele e olhos em tom amarelado), urina escura, fadiga, náuseas, vômitos e dor abdominal extrema. A recuperação destes sintomas da doença pode demorar vários meses a um ano, podendo também causar uma infeção crónica do fígado que pode mais tarde evoluir para cirrose hepática ou cancro no fígado (OMS, 2012).

O diagnóstico de qualquer das formas clínicas da hepatite B realiza-se através de técnicas sorológicas. Estas práticas mostraram-se essenciais não apenas para o

diagnóstico, mas também são muito úteis no seguimento desta infeção, na avaliação do estado clínico do paciente e no controle de uma terapêutica específica. O vírus da hepatite B pode assumir várias formas clínicas, entre as quais: a Hepatite Aguda; a Hepatite Fulminante; a Hepatite Crónica; a Cirrose Hepática; e o Hepatocarcinoma (Ferreira, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), no que diz respeito à hepatite C, sabe-se que o vírus foi inicialmente identificado por Choo e colaboradores em 1989, e está envolvido em cerca de 80-90% dos casos de hepatite pós-tranfusionais não-A e não-B. Esta é uma doença do fígado provocada pelo vírus da hepatite C (VHC). Esta doença é contagiosa, e a sua gravidade pode variar entre uma doença leve com duração de algumas semanas e uma doença grave que dura ao longo de toda a vida, é normalmente transmitida quando o sangue de uma pessoa infetada entra no corpo de uma não infetada. O VHC é um dos vírus mais comuns que afetam o fígado.

Este vírus encontra-se principalmente no sangue e nas células do fígado, onde pode provocar danos, como inflamação do fígado e nos casos mais graves cirrose. Esta progressão da doença pode reduzir a capacidade do fígado exercer algumas funções (Collins & Swan, 2010). Embora o vírus do VHC seja transmitido por contacto direto, percutâneo ou através de sangue contaminado, numa percentagem significativa de casos não se identifica a via de infeção. Pertence ao género *Hepacivirus* da família *Flaviridae*, e o seu genoma é constituído por uma fita simples de RNA. Há uma grande diversidade na sequência do genoma do VHC. Os diferentes genótipos foram agrupados em seis grupos principais e vários subtipos por Simmonds e colaboradores (Ferreira & Silveira, 2004). Geralmente, os sintomas associados à hepatite na sua forma aguda, são, febre, arrepios de frio, dores musculares e articulares. Raramente existem náuseas e vômitos, urina escura e cor amarela da pele e dos olhos (icterícia). Em cerca de 20% dos casos a Hepatite Aguda C é uma doença auto-limitada, que evolui para a cura. Ainda segundo Ferreira e Silveira (2004), estes referem que, na sua forma crónica, normalmente quando o organismo não é capaz de eliminar naturalmente o vírus, o que acontece em 80% dos casos a infeção evolui para crónica, sendo o cansaço o sintoma mais constante. Mais raramente, o doente pode desenvolver cirrose (ascite, hemorragia digestiva) ou até mesmo cancro do fígado. Esta progressão da doença pode ser facilitada pela ingestão de álcool, a obesidade, a diabetes, co-infeção com o VIH.

1.4.1. Características Epidemiológicas

Segundo Valleur (2002), existem enormes discrepâncias culturais entre os países, tanto nas práticas de consumo como na construção de alcoolismo, das toxicomantias ou das diversas adições como problema social ou prioridade de saúde pública.

A Organização Mundial de Saúde calcula que cerca de dois bilhões de pessoas no mundo já estiveram em contacto com o vírus da hepatite B (VHB), e que 240 milhões tornaram-se portadores crónicos (2012). Mundialmente, as taxas de prevalência da hepatite B alternam amplamente, de 0.1% a taxas superiores a 30%, como as aferidas em países asiáticos. Tendo em consideração que muitos sujeitos infetados são assintomáticos e que as infeções sintomáticas são pouco notificadas, a frequência da hepatite B é, certamente, ainda subestimada (Ferreira & Silveira, 2004). Estudos epidemiológicos, entretanto, demonstram que é possível detetar a hepatite B numa percentagem de 31% em indivíduos sem risco aparente de adquirir a infeção.

A infeção pelo VHC é endémica na maior parte do mundo e uma das causas mais frequentes de doença crónica no fígado. Estima-se que a cada ano são infetadas cerca de 3-4 milhões de pessoas e cerca de 170 milhões estão infetadas cronicamente e em risco de desenvolver cirrose hepática ou cancro do fígado. Mais de 350 000 pessoas morrem ainda de doenças relacionadas com VHC por ano. Esta infeção é encontrada em todo o mundo, sendo encontradas as suas maiores taxas de infeção crónica no Egipto (22%), Paquistão (4,8%) e China (3,2%). O modo principal de transmissão nestes países é atribuído às injeções dadas com material contaminado (OMS, 2012).

Em Portugal a verdadeira prevalência do VHC não é conhecida. No entanto, os dados epidemiológicos existentes apontam para uma prevalência na população em geral de 1,5%, ou seja, para a existência de 100.000 a 150.000 portugueses infetados pelo VHC. No que diz respeito ao VHB, o que se sabe é que cerca de 1% da população portuguesa está cronicamente infetada (OMS, 2012).

A nível nacional, não existem estudos oficiais que forneçam dados exatos sobre a epidemiologia das infeções pelo vírus da hepatite B ou C, carecendo de mais estudos para um alargamento do seu conhecimento, uma vez que existem muitas dificuldades a serem superadas, entre as quais, limitações económicas na maioria dos países impostas

pelos custos laboratoriais, a característica silenciosa da infecção, frequentemente assintomática, e as falhas de notificação que ocorrem na maior parte dos sistemas de saúde.

A introdução dos testes de triagem para a detecção do anticorpo anti-VHC, bem como a detecção do RNA VHC amplificado, resultou numa dramática queda na incidência da hepatite C pós-transfusional, sendo estimada atualmente em aproximadamente 1: 1.5 a 2 milhões de transfusões nos EUA (Busch, 2006). Ainda nos Estados Unidos, nos últimos cinco anos, 60% das 25 a 40.000 pessoas que se infectaram com o VHC, contraíram-no pelo uso de drogas injetáveis (Ferreira & Silveira, 2004).

1.4.2. Fatores de risco para a aquisição e limitações da doença

O VHB é transmitido de pessoa para pessoa através do contacto com sangue ou outros fluidos corporais (sémen e fluidos vaginais) da pessoa infectada. O vírus pode sobreviver fora do corpo durante pelo menos sete dias numa superfície seca, durante esse tempo o vírus pode ainda causar infeções e entrar no corpo de uma pessoa não infectada (OMS, 2012).

Uma pessoa pode ser infectada com hepatite B partilhando material de injeção ou de tatuagem, praticando sexo oral, anal ou vaginal sem proteção ou partilhando objetos de cuidados pessoais (escovas de dentes, lâminas, corta-unhas). O VHB pode ser transmitido de mãe para filho durante a gravidez ou parto; primeiras infeções na infância ou transfusões de sangue. Certos grupos populacionais são considerados de alto risco para aquisição do VHB, entre eles, incluem-se, profissionais de saúde das áreas médico-odontológicas, pessoas que fazem hemodiálise, homossexuais masculinos, hemofílicos, prostitutas, toxicómanos, imunossuprimidos e deficientes mentais. O único tratamento para a hepatite B é com interferão peguilado e medicamentos antivirais orais (Collins & Swan, 2010).

O período de incubação deste vírus (sem sintomas) pode variar entre 1 a 12 semanas após o contacto com o vírus. Normalmente tem uma evolução lenta e prolongada (de 40 a 100 dias). Muitas pessoas com hepatite B aguda não têm sintomas ou estes podem ser muito leves e semelhantes aos de uma gripe, como, a perda de

apetite, náuseas, fadiga, febre não muito alta. Algumas pessoas notam ainda um escurecimento da urina ou fezes mais claras. Em casos mais graves os pacientes podem morrer de insuficiência hepática fulminante dentro de um curto período de tempo (OMS, 2012).

O VHC é mais comumente transmitido através da exposição de sangue infectado, ou seja, se o sangue de uma pessoa infectada pelo VHC entrar na corrente sanguínea de outra pessoa. Isto pode ocorrer através de transfusões de sangue, transplante de órgãos, injeções com seringas contaminadas, agulhas, ferimentos em instituições de saúde ou pelo uso de drogas injetáveis. É menos comum ser transmitido através de relações sexuais (OMS, 2012). Este vírus tem um período de incubação (sem sintomas) entre as 6 a 8 semanas, podendo ir até aos 3 meses. Este vírus pode ser curado através da toma de medicamentos, sendo crónico apenas quando não é eliminado do sistema imunitário nos primeiros seis meses (Collins & Swan, 2010).

Os sintomas desta infeção, na fase aguda, passam muitas vezes por, os de uma gripe que nunca vai embora, aos que já foram referidos atrás para a hepatite B juntamos dores de cabeça, leve dor de garganta, sensibilidade à luz e dor no lado direito superior do abdómen, poucos são os pacientes que apresentam icterícia (WHO, 2012). Quando se trata já de uma infeção crónica os sintomas mais encontrados são: fadiga; pernas pesadas; dor no quadrante superior direito do abdómen; as palmas das mãos ficam vermelhas; esquecimento; coceiras; problemas nas vistas; inchaço do fígado e baço; ninhos de aranha na pele (vasos capilares em tom avermelhado); ascites ou barriga d'água (acumulação de líquido no abdómen); varizes internas; e encefalopatia hepática (OMS, 2012).

Os indivíduos considerados de risco são aqueles que receberam transfusões de sangue e/ou hemoderivados antes de 1992, pessoas com tatuagens e *piercings*, pessoas alcoólicas, portadores de VIH, pessoas que fazem hemodiálise, hemofílicos, presidiários e sexualmente promíscuos. Uma outra via de transmissão é a materno-fetal, que ocorre em menos de 5% dos casos (Conte, Fraquelli, Prati, Collucci & Minola, 2000). O risco de contágio sexual é questionável, havendo estudos em casais discordantes, ou seja, heterossexuais e monogâmicos, onde o acompanhamento a longo termo (10 anos ou mais) não evidenciou a contaminação do parceiro negativo (Bresters et al., 1993). É de

salientar que este vírus não é transmissível através do leite materno, alimentos ou água, abraçar, beijar e pela partilha de alimentos ou bebidas com uma pessoa infetada (OMS, 2012).

Segundo Flamm, Parker e Chopra (1998), estes sugerem que embora a parentalidade seja um fator predominante na transmissão do VHC, em mais de um terço dos indivíduos infetados não se identifica uma via de transmissão, o que pode sugerir a possibilidade de haver modos de aquisição não parentais do VHC.

Sobre as limitações causadas por duas formas de hepatite, o aspeto mais relevante que se sabe, é o excesso de fadiga, este sintoma pode ser incapacitante e contribui para a perda de bem-estar. Corroborando esta afirmação as investigações mais recentes sugerem uma significativa associação de alterações no aspeto físico da qualidade de vida relacionada com a saúde e índices de fadiga com a extensão da fibrose hepática (Teuber et al., 2008). Existem ainda outras consequências que têm que ser levadas em conta, como, a redução das funções do fígado, tais como, a coagulação, importante para pararem as hemorragias, a síntese das proteínas necessárias para a constituição das células (i.e., os músculos) e a depuração do sangue (filtração de bactérias e de medicamentos ou tóxicos) (OMS, 2012).

Capítulo II – Variáveis Psicossociais na Toxicodependência e Hepatite B e C

2.1. Morbilidade Psicológica

A dependência de drogas é mundialmente classificada entre as perturbações psiquiátricas, sendo considerada como uma doença crónica que acompanha o indivíduo durante toda a sua vida; porém, a mesma pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se muitas vezes, períodos de controlo dos mesmos e de retorno da sintomatologia (Aguilar & Pillon, 2005).

A OMS (2012) destaca ainda, que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crónica e como um problema social. Pode ser caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e às vezes, evitar o desconforto provocado pela sua ausência. Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos que levaram à mesma, pensando o indivíduo na sua totalidade, para que se possa oferecer outros referenciais que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga.

Drogas e poções fizeram parte das receitas para afastar a melancolia e a depressão desde tempos imemoriais. Nos nossos dias, as drogas e os medicamentos antidepressivos conhecem uma extensão sem precedentes e o uso de drogas encontra-se ligado não a uma estrutura específica da personalidade, mas incontestável a esse humor depressivo que atravessa toda a nosografia. A droga desempenha então um papel adaptativo e de sedação auto-terapêutica da depressão, quase sempre desconhecida do sujeito.

Em Portugal, os estudos que pretendem avaliar a psicopatologia entre toxicodependentes são escassos (Marques Teixeira, 2003; Almeida, Vieira, Almeida, Rijo & Felisberto, 2005).

A literatura sugere que a população toxicodependente apresenta níveis de psicopatologia associada superiores ao que seria de esperar, com particular incidência nas perturbações de humor, da ansiedade e da personalidade (Godinho, 2007).

Na atividade clínica verifica-se frequentemente que o consumo pesado ou crónico de drogas se encontra associado à presença de outro quadro psicopatológico que pode ter essencialmente um valor etiológico e/ou de manutenção. Por outro lado, a toxicodependência pode ser fator etiológico de outras patologias psiquiátricas. Assim, a expressão “duplo-diagnóstico” refere-se à coexistência de perturbações relacionadas com substâncias com outra perturbação mental, sendo largamente aceite que a presença deste género de comorbilidade, entre toxicodependentes é muito grande. Na população adicta americana atinge valores superiores a 80% (Riley, 1994; Schottenfeld, 1993). Comorbilidade, ou diagnóstico duplo, é definido pela Organização Mundial de Saúde como "a co-ocorrência, no mesmo indivíduo, de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e uma outra perturbação psiquiátrica" (OMS,2012).

São perturbações que se caracterizam pela heterogeneidade clínica em termos da sua apresentação clínica, severidade, vulnerabilidade, sequelas e comorbilidade, e que trazem consigo um grande sofrimento e uma carência de ajuda em várias áreas (Machado & Klein, 2007). Durante muito tempo foram procuradas síndromes e perturbações de personalidade específicas em toxicodependentes, chegando-se à conclusão que, não é possível agrupar todos os toxicodependentes sobre uma mesma taxinomia (Ferreira & Silveira, 2004; Fontaine et al., 1998). A investigação comprovou que os toxicodependentes constituem um grupo heterogéneo, com personalidades diferentes e com diferentes tipos de psicopatologia associada.

Um estudo realizado entre 1990-1992 pela *National Comorbidity Survey* (N.C.S.) encontrou uma prevalência do abuso de drogas (ao longo da vida) de 12%, em que 3.6% dos sujeitos admitiram consumos ativos à data do inquérito. Mais uma vez, em metade destes (12%) foi identificada a ocorrência de outra perturbação mental (30% de perturbações afetivas; 41% de perturbações ansiosas e 35% de perturbações do comportamento ou comportamento anti-social) (Kessler et al., 1996).

Na Europa, o único estudo epidemiológico conhecido, teve como finalidade avaliar a comorbilidade psiquiátrica na toxicodependência entre 1993/4 em Inglaterra (*British Psychiatric Morbidity Survey*) mostrou que 12% da população geral revelava uma perturbação psiquiátrica, enquanto 45% dos dependentes de substâncias (que não álcool e tabaco) tinham duplo diagnóstico (Molina, 2004).

Segundo Kebler (2003), aproximadamente 70% dos utilizadores de opiáceos tem um diagnóstico psiquiátrico concorrente ou exibem alguma sintomatologia psiquiátrica.

Segundo Regier e colaboradores (1990), os resultados de um estudo na Área de Captação Epidemiológica, baseado numa amostra de 20.291 indivíduos da população em geral, indicaram que mais de metade daqueles que completavam os critérios de diagnóstico para abuso de drogas tinham também já sofrido de uma ou mais perturbações mentais nalguma altura das suas vidas. Isto incluiu 28% de perturbações de ansiedade, 26% de perturbações do humor, 18% de perturbações de personalidade anti-social, 7% de esquizofrenia, e alguns com perturbações múltiplas. A prevalência de perturbações mentais variou com a droga que era consumida, alcançando de 50% de consumidores de marijuana a 76% de consumidores de cocaína. Quase metade dos consumidores de droga tinha também abusado do álcool nalgum momento das suas vidas.

Segundo Navarro (1996), as principais perturbações psicopatológicas que se podem encontrar associados à toxicodependência são: a perturbação distímica (como forma de aliviar a ansiedade); depressão (sendo a depressão major o transtorno mais comum (54%) entre adictos de heroína. A depressão major e menor têm as alterações mais frequentes (30%) entre consumidores de cocaína, seguidas pela perturbação bipolar (10-20%); e perturbação da personalidade.

Hervás et al., (2002) num estudo sobre variáveis psicopatológicas medidas com STAI, Beck e índices globais do BSI, verificaram para a existência de morbilidades numa amostra de 107 indivíduos toxicodependentes. Macias, Leal, Fernandez-gil, Pacheco e Aliño (2000) estudaram 51 pacientes que recorreram a um centro de ajuda a toxicodependentes, utilizando como instrumentos o SCL-90 (Symptom Checklist) e a Entrevista Clínica estruturada SCID-II, identificaram a existência de psicopatologia, caracterizando-se os resultados pelo predomínio de sintomas de depressão, ansiedade, hostilidade e obsessivo-compulsivos e traços de personalidade com predomínio paranóide, dependente e limite. Estes autores consideram que a importância do estudo da morbilidade em consumidores de drogas radica no facto que a severidade da psicopatologia é o melhor preditor de programas de tratamento.

Segundo Kosten (1998), os dependentes de opiáceos com um consumo grave são mais propensos à depressão, assim como aqueles que iniciam pela primeira vez um tratamento. Ainda segundo o mesmo autor, este revela que às doses mais altas de metadona corresponde uma maior tendência à depressão, particularmente comparando doses menores a 30mg diárias com doses superiores a 60mg (para estes grupos de pacientes, Kosten encontrou índices de depressão de 8 e 39%, respetivamente). O curso da depressão tende a diminuir durante o seguimento prolongado. Kosten verificou que durante 2.5 anos de seguimento com adictos de opiáceos, só uns 5.4% apresentaram depressão, tanto nas avaliações iniciais como nas de seguimento, e 20.5% havia recuperado). Por fim, o autor refere uma prevalência de perturbações da personalidade em adictos a opiáceos de 26.5%. Numa amostra de 223 casos de dependentes de PBC (pasta base de cocaína), o autor encontrou uma prevalência de 10%.

Escudeiro e colaboradores (2006), num estudo que avaliou a psicopatologia dos utentes do CAT de Gaia, chegaram aos seguintes resultados: apuraram que os utentes mais velhos mostravam um número maior de queixas associadas ao funcionamento somático. Constataram que o trabalho ou ocupação remunerada, era importante para uma melhor saúde psicológica, particularmente, na vertente do humor (mais ou menos depressivo – os utentes com trabalho apresentavam um humor menos deprimido). Verificaram que os anos de consumo se refletiam de modo negativo no bem-estar psicológico dos utentes a todos os níveis. Encontraram discrepâncias significativas entre utentes inseridos em diferentes programas terapêuticos: verificaram que os utentes em programas livres de drogas (programa psicoterapêutico e programa antagonista) apresentavam menor frequência de queixas associadas à sintomatologia psicológica quando comparados aos que se encontravam em programas de substituição/manutenção (agonistas).

Num artigo de revisão realizado em 1991, Neto dá conta da presença de uma elevada taxa de depressão em toxicodependentes, também Fernandez e Llorente (1997) resumindo estudos publicados sobre características de personalidade de heroinómanos em tratamento, referem que estes pacientes revelam uma pré-disposição para sintomas ansiosos e depressivos ao longo do tratamento. Já em 1933, Rado postulava que, na base de toda a toxicodependência, existia uma depressão, caracterizada pela intolerância ao sofrimento e por uma grande ansiedade dolorosa (cit. in Guimarães & Fleming, 2009).

Weissman e colaboradores (1976, cit. in Neto, 1996), estudou uma amostra de 106 heroíno-dependentes de um programa de metadona, verificou, através do SCL – 90 que um terço apresentava depressões moderadas a graves, notando perturbações do humor, do apetite e do funcionamento sexual, ansiedade e ideias de suicídio. Ainda segundo os mesmos autores, estes referem que existe uma correlação positiva entre perturbações emocionais e abuso de substâncias. A ansiedade está muitas vezes presente entre os consumidores de droga, pode assumir o carácter normativo ou mórbido, consoante quadros clínicos. Ansiedade normal é uma característica da aventura humana, sempre que se arrisca um processo de mudança. Exerce então um papel estimulante e suscita um esforço de adaptação. Ao contrário, a ansiedade patológica desenvolve-se sob o signo dos instintos de destruição, agitação, desconforto e mal-estar (Ribeiro, 1997).

2.2. Suporte Social

O suporte social é, presentemente, um dos principais conceitos na psicologia da saúde (Dunbar, Ford & Hunt, 1998). Como referem Rodin e Salovey (1989) o suporte social alivia o *stress* em situação de crise, pode dificultar o progresso de doenças e, quando o sujeito está doente tem um papel positivo na recuperação da doença.

Nos problemas resultantes do consumo de drogas encontram-se, principalmente, as complicações relacionadas com o afastamento do indivíduo quanto à família, a rotura com a vida social, o desenvolvimento de condutas anti-sociais e criminosas, a inaptidão de manutenção do papel do indivíduo no seio familiar, e os problemas de cariz ocupacional e laboral (OMS, 2012).

A toxicodependência pode ser encarada como uma construção social relativamente à qual se atribuem sentidos subjetivos e esquemas teórico-analíticos de explicação, compreensão e intervenção. Fazendo uma contextualização da toxicodependência dentro do paradigma atual de compreensão, podem distinguir-se três paradigmas na história das teorias da toxicodependência. Depois do paradigma “unifatorial” e do segundo paradigma, que faz a ligação entre a substância e os fatores individuais, o paradigma atual “bio-psico-social” preconiza a compreensão da toxicodependência à luz dos fatores individuais, biológicos, físicos, interligada com

fatores de ordem psicológica (Rodin & Salovey,1989). Estes, por sua vez, estão interligados com fatores do domínio do social, propondo assim uma abordagem interdisciplinar da mesma. Incluir a dimensão social é chamar a atenção para que a articulação indivíduo-substância é contextualizada social e culturalmente, em termos de estatuto social, níveis de educação, grupos de pertença, padrões familiares, valores, culturas e sub-culturas, localização geográfica, entre outros. Existe assim uma tripolaridade na compreensão do fenómeno: substância, indivíduo e contexto.

Um aspeto muito essencial na vida das pessoas que se encontram doentes é a perceção de suporte social. O suporte social é um dos principais conceitos na psicologia da saúde podendo dificultar o desenvolvimento de doenças e tendo um papel positivo na recuperação do indivíduo doente. Apesar de serem várias as descrições de suporte social que surgem na literatura, estas são unânimes. Uma das mais conhecidas e referidas na literatura é a de Sarason, Levine e Basham (1983), definindo-o como, “a existência de disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e que gostam de nós” (p.127). Embora se continue a debater o que pode ser considerado como variável no amplo domínio do suporte social, tais como o número de amigos, a frequência e intensidade de contactos, redes sociais mesmo que não sejam constituídas por amigos, existem alguns aspetos subjetivos, tais como a perceção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe e a satisfação com a dimensão social da sua vida (Pais-Ribeiro, 1999).

Se se recusarem causalidades lineares na compreensão da toxicodependência, entende-se como consensual a confluência de vários fatores individuais, familiares, culturais, sociais que interagem entre si. “Para poder compreender o que acontece a um elemento da família é necessário ter uma visão circular das interações, isto é, cada um dos comportamentos tem de ser equacionado no jogo complexo de implicações, ações, retroações, que o liga aos restantes” (Alarcão, 2000, p.45). A família é uma referência para qualquer pessoa, sendo aí que se forja muito do nosso aparelho emocional (Gameiro, 1994) cognitivo, cultural, relacional, pelo que “ (...) a conduta toxicodependente deve ser compreendida num contexto de disfunções severas entre sujeito e rede familiar” (Gomes, 1996:39).

A convicção que o suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde está bem fundamentada (Rutter & Quine, 1996). Numa revisão de investigação acerca de evidências epidemiológicas da relação entre suporte social e saúde, realizada por Broadhead et al., (1983), foi concluída pela existência de uma forte correlação entre as duas variáveis.

O suporte social, bem como todos os aspetos psicossociais da toxicod dependência, apontam como importante a adaptabilidade do sujeito. Dadas as particularidades da toxicod dependência, esse fator está muitas vezes ausente principalmente no grupo de toxicod dependentes e alcoólicos (Kurdek & Sieski, 1990).

Com a aquisição da doença, muitos doentes defrontam-se com a perda de um corpo saudável e para muitos, o funcionamento corporal não adequado conduz a uma perda de autonomia e de capacidade de agir com independência. Oliveira (2000), através de um estudo que realizou, constatou que a percepção de ausência de suporte social está claramente associada à presença de sintomas depressivos. Existem ainda autores que dividem o suporte social em recebido e percebido (Bolger, 2007; Dessen, 2000; DiMatteo, 2004), assim o suporte social recebido é aquele que é recebido por alguém e o suporte social percebido é aquele que o indivíduo percebe como disponível caso precise dele, tendo em conta a avaliação dos vários domínios da sua vida, relativamente à disponibilidade dos outros para com ele.

Os indivíduos toxicod dependentes sendo descritos como um grupo heterogéneo, evidenciam-se traços comuns, tais como: personalidade fragilizada e imatura; sentimentos de solidão e desesperança, condicionados por fatores do meio e circunstâncias socioculturais e familiares. O suporte social destes indivíduos é quase inexistente ou, quando existe, o toxicod dependente é visto como bode expiatório, a ligação que estabelece com a família é caracterizada pela falta de coesão familiar. Schenker refere que “o indivíduo se interliga à família, que se interliga ao social, formando uma rede de causalidades múltiplas. Assim, a toxicomania não é privilégio de um indivíduo “doente”, mas sim um sintoma dos nossos tempos pós-modernos” (Schenker, 1997, p.49). Estes indivíduos apresentam atitudes negativas (ansiedade, comportamentos autodestrutivos, agressão a terceiros, retirada social, isolamento) e um score depressivo acima da média. As posições intermédias são a deontológica e a lógica.

Os indivíduos na posição deontológica encontram apoio para a sua adaptação essencialmente através de terceiros, pelo que são extremamente dependentes de apoio social e apresentam uma tendência auto-atualizante pobre (Guerra, 1995).

Posto isto, tendo em atenção que uma boa saúde pode estar relacionada com um bom nível de qualidade de vida, pode constatar-se que o suporte social que o doente percebe ter, auxilia a sua recuperação, o que vai afetar a qualidade de vida que ele diz ter (Pais-Ribeiro, 1999).

2.3. Qualidade de Vida

Desde os anos 80, tem havido um grande investimento nos estudos relacionados com a qualidade de vida, no entanto, existe um número reduzido de investigações que examinem a qualidade de vida em sujeitos consumidores de drogas. Apesar da análise desta dimensão nos toxicodependentes ser particularmente relevante dada a reconhecida perturbação que o consumo de substâncias psicoactivas acarreta, na maioria das situações e que se traduz em termos físicos, emocionais e sociais.

O modelo atual de abordagem da saúde/doença liga-as, cada vez mais, ao comportamento e aos estilos de vida dos indivíduos. Atualmente, nos países desenvolvidos, os sujeitos ou grupos sociais que apresentam hábitos de consumo de álcool e drogas são identificados como pouco saudáveis, sendo estes comportamentos sinalizados como preditivos do aumento das doenças crónicas e por uma quebra significativa da qualidade de vida dos sujeitos (Paúl & Fonseca, 2001).

“A qualidade de vida é um tema de importância crescente, tanto para o sistema de saúde, em geral, como para a Psicologia da Saúde, em particular. Qualidade de vida e Psicologia da Saúde partilham uma coisa em comum – a centração da atenção na saúde, ao invés de na doença, e tem como consequência acelerar o desenvolvimento da conceptualização da saúde...nomeadamente a produção de estratégias de intervenção e de avaliação da saúde e da qualidade de vida” (Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003, p.189).

Segundo Seidl e Zannon (2004), a expressão “Qualidade de Vida” foi usada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, quando

declarou que os objetivos do governo não podiam ser avaliados através do saldo do banco, mas sim, através da qualidade de vida que ofereciam às pessoas.

Sem a presunção de serem exaustivos, Levi e Anderson (1980), enumeram os seguintes componentes de “Qualidade de Vida”: saúde, alimentação, educação, trabalho, residência, segurança social, vestuário, ócio e direitos humanos. Este conjunto de elementos, segundo os autores, constitui o nível de vida dos povos e das pessoas.

Segundo Escudeiro *et al.*, (2006), a qualidade de vida é um conceito que abrange várias dimensões e que mede a saúde social, mental e física do indivíduo. Este conceito tem sido descrito pelo facto de compreender capacidades de adaptação ao *stress*, presença de redes sociais de apoio e integração social, satisfação com a vida, auto-estima, felicidade, forma física, sendo que é claramente influenciada pelas desordens psiquiátricas. Segundo os autores, muito embora não exista unanimidade em torno da definição do conceito de Qualidade de Vida e correspondentes instrumentos de avaliação, a grande maioria das conceptualizações propõe constelações relacionadas com dimensões subjetivas e objetivas e aceitam que este seja um conceito intimamente relacionado com o contexto em que o indivíduo se insere e com as suas idiossincrasias.

Segundo Oliver *et al.*, (1996), a qualidade de vida é um conceito basicamente referido ao tipo de resposta individual e social perante um conjunto de situações reais da vida quotidiana. Ou seja, ainda que abarque as componentes do bem-estar objetivo, centra-se na perceção e na estima desse bem-estar, na análise dos processos que levam a essa satisfação e nos elementos integrantes da mesma. Segundo os mesmos autores, entre os diversos elementos que integram o conceito de qualidade de vida, sobressai o de saúde. Foi, não só, o que surgiu primeiro historicamente, como é também o mais básico de todos.

Quando se fala no conceito de Qualidade de Vida há que ter em atenção as complicações que existem na sua definição, pois não existe uma definição universalmente aceite na literatura dos últimos 30 anos (Rodrigues, 2006). Deparando-se com este problema, a OMS elaborou um conceito que abrange-se os diferentes países e culturas, e que representa-se uma perspetiva multidimensional, que considera a complexa influência da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do

respetivo meio de avaliação subjetiva da qualidade de vida individual, definindo-a assim como “ a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994, p.28).

Denota-se uma inquietude crescente com a avaliação da qualidade de vida em relação com a saúde, isto é, da qualidade de vida das pessoas que, por alguma razão, estão ligadas ao sistema de cuidados de saúde, e que tem como fator central a saúde (Ribeiro, Meneses, Meneses & Grupo-QDV, 1998, *cit in* Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003). O crescimento do número de pessoas com doença crónica e o aumento de novos tratamentos e tecnologias que ajudam a viver com estas doenças por grandes períodos de tempo, ou até mesmo durante toda a vida, o reconhecimento dos direitos do doente, bem como a indispensabilidade de melhorar a tomada de decisão no âmbito dos cuidados de saúde e de fazer uma mais eficaz divisão dos seus recursos, tornaram inadiável a necessidade de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos que sofrem deste tipo de doenças (Grégoire, 1995; Ribeiro, 1994, *cit in* Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003). Esta inquietação sobre qualidade de vida espelha um empenho para melhorar o conhecimento que temos da forma pela qual os seus diferentes domínios são influenciados pelas “características da doença de que sofre a pessoa e pelo tratamento a que se tem de submeter, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos doentes crónicos, apesar da sua doença, dos sintomas, da incapacidade ou das limitações de que dela resultam” (Bech, 1993; Berzon, 2000; Fallowfield, 1990, *cit in* Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003 p. 185).

Segundo Escudeiro e colaboradores (2006), mesmo que tenha havido, nos anos 80, um grande investimento nos estudos relativos à qualidade de vida, existe ainda um número reduzido de investigações que meditem sobre a qualidade de vida em indivíduos que consomem drogas. Há medida que a toxicodependência se vai tornando mais grave, a vida social de uma pessoa e o seu envolvimento produtivo na sociedade torna-se mais instável e corre grande risco de se romper. Os doentes empregam maiores quantidades de tempo em pensamentos relacionados com as substâncias, com a sua procura e o seu uso (Henriques, 2004). Ainda segundo o mesmo autor, este refere que a investigação da qualidade de vida na toxicodependência permite: avaliar dimensões

físicas e mentais; ampliar o contexto de avaliação da eficácia dos tratamentos; e ajudar na definição de estratégias de intervenção.

Paralelamente, em relação à toxicodependência, os diferentes programas terapêuticos tendem a ser analisados de acordo com parâmetros dicotômicos relativos a abstinência/consumo de substâncias, numa conceptualização do sujeito que apenas o identifica pelo seu comportamento face às drogas, descurando outras variáveis da sua vivência pessoal e social.

Deste modo, a análise da qualidade de vida dos toxicodependentes permite: julgar dimensões físicas e mentais, alargar o contexto de avaliação da eficácia dos tratamentos e auxiliar na definição de estratégias de intervenção (Smith & Larson, 2003 cit. in Escudeiro *et al.*, 2006).

A avaliação da Qualidade de Vida pode ser uma variável importante a incorporar nos estudos de avaliação terapêutica da toxicodependência.

O estudo da qualidade de vida em doenças hepáticas crónicas iniciou-se nos anos 90, servindo-se de questionários genéricos para avaliar o impacto da hepatite C e o seu tratamento na qualidade de vida (Davis, Balart & Scchiff, 1994). Apenas no ano 2000 apareceram os primeiros questionários específicos para serem aplicados a pacientes com doenças hepáticas, com a finalidade de medir a qualidade de vida para determinar quais os fatores associados à sua não melhoria (Younossi *et al.*, 2000).

Apesar da hepatite B ser uma doença mundialmente dividida, com uma extensa gama de modificações hepáticas, o impacto na qualidade de vida em detentores dessa infeção ainda é pouco investigado. Apenas muito recentemente, alguns autores que ao avaliarem a doença em diferentes estágios descobriram que a qualidade de vida piora com a deterioração da doença, sendo que nos portadores assintomáticos de VHB a qualidade de vida era comparável ao grupo controle de indivíduos normais (Levy *et al.*, 2008).

O carácter indolente e frequentemente assintomático da infeção crónica pelo VHC contrasta com a sua forte associação às diversas dificuldades como, cirrose descompensada ou o carcinoma hepatocelular. Além disso, a terapia antiviral pode causar efeitos colaterais importantes. Assim, as tentativas para estabelecer um

manuseamento adequado desta infeção tem procurado, atualmente, avaliar a qualidade de vida desses pacientes em suas diferentes fases evolutivas (Carithers Jr, Sugano & Bayliss, 1996). Tendo em conta a lenta progressão da hepatite C na maioria dos pacientes, com aparecimento tardio de cirrose, a qualidade de vida costuma estar alterada, os estudos apontam particularmente para o estigma e a preocupação com doença, além da sua expectativa de progressão, impacto nas relações interpessoais, o facto de receberem a notícia que estão doentes também é um problema, uma vez que há um conhecimento prévio do que é o VHC e o seu tratamento. Também alguns problemas psicológicos podem ser prevalentes e constituir uma barreira ao tratamento antiviral e aos cuidados gerais em relação à infeção (Groessel, Weingart & Kaplan, 2008).

Segundo Ribeiro (1994, *cit in* Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003), o paradigma da qualidade de vida, tal como é entendido pela Psicologia, contém um conjunto de características operacionais que o tornam particularmente diferente das variáveis tradicionalmente ponderadas no sistema de cuidados de saúde, entre as quais se distingue o facto de ser um conceito multifactorial, de se alterar com o tempo e de ser uma medida de percepção pessoal, logo, subjetiva.

2ª Parte – Parte Empírica

Capítulo III - Metodologia

O presente capítulo destina-se à apresentação dos objetivos e da metodologia do estudo empírico efetuado. A investigação proposta visa estabelecer um maior conhecimento sobre os toxicodependentes com hepatite B ou C, assim como a relação entre as variáveis em estudo. Primeiramente serão apresentados os objetivos da investigação, e as variáveis. Posteriormente, será realizada a caracterização da amostra. De seguida, serão descritos os instrumentos de avaliação utilizados, facultando-se informação acerca das suas características psicométricas, os procedimentos de recolha de dados e, no final, serão descritos os procedimentos estatísticos de análise dos dados.

3.1.Objetivos

O presente estudo visa realizar uma análise descritiva de uma amostra de sujeitos de ambos os géneros, utentes do CRI de Braga que estejam infetados com o vírus da hepatite, seja ela B ou C, com o objetivo geral de analisar a relação entre qualidade de vida, perceção de suporte social e morbilidade psicológica nestes sujeitos. Assim, esta investigação possui os seguintes objetivos específicos:

1.Caracterizar a amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas (a idade; o sexo; o estado civil; o nível de escolaridade; a profissão; a situação profissional; a independência financeira e a coabitação) e clínicas (quais as doenças que tem; há quanto tempo está doente; quais as drogas que consome; se teve comportamentos de risco como a partilha de material; se se encontra abstinente; quais os problemas de saúde causados pela dependência).

2.Avaliar a qualidade de vida nos toxicodependentes com hepatite B ou C;

3.Avaliar a perceção de suporte social nos toxicodependentes com hepatite B ou C;

4. Avaliar a presença de morbilidade psicológica (ansiedade e depressão) nos toxicodependentes com hepatite B ou C;

5. Analisar a relação entre as variáveis psicológicas existentes.

3.2. *Design*

Neste trabalho irá optar-se por um estudo exploratório, descritivo, em que os factos são observados, registados, analisados, qualificados e interpretados, sem que o investigador tenha interferência neles, de modo a poder extrair informações precisas sobre a frequência em que ocorre um dado fenómeno. Paralelamente é também um estudo transversal, dado que apenas existe um grupo representativo e os dados são recolhidos num único momento de avaliação (Pestana & Gageiro, 2008).

É um estudo correlacional, uma vez que se deseja avaliar de que forma e em que grau determinados fenómenos se relacionam, não havendo, assim, uma manipulação da variável independente. Procura descrever factos e fenómenos de uma realidade e se ambiciona estabelecer relações entre as variáveis, denomina-se, portanto, de estudo exploratório, descritivo e correlacional.

O estudo assenta numa abordagem quantitativa, dado que se utiliza a linguagem matemática para descrever as causas de um fenómeno e as relações que existem entre as variáveis. Por outro lado, é através da abordagem quantitativa que se prevê a mensuração de variáveis predeterminadas, se procura averiguar e explicar a sua influência sobre outras variáveis, mediante a análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas (Pestana & Gageiro, 2008).

Relativamente ao *design* do estudo, este possui um design entre – sujeitos, já que é feito com indivíduos diferentes que se encontram na mesma situação.

3.3. Variáveis estudadas

3.3.1. Variáveis Sociodemográficas: a idade; o sexo; o estado civil; o nível de escolaridade; a situação profissional; a independência financeira e a coabitação.

3.3.2. Variáveis Clínicas: hepatite B ou C;

3.3.3. Variáveis Psicológicas: Suporte Social; Qualidade de Vida; Ansiedade e Depressão.

3.4. Hipóteses

3.4.1. Hipótese 1

Espera-se que os indivíduos toxicodependentes com hepatite B ou C tenham baixa perceção de qualidade de vida e baixo suporte social.

3.4.2. Hipótese 2

Espera-se que os indivíduos toxicodependentes com hepatite B apresentem diferentes níveis de ansiedade e depressão comparativamente aos indivíduos toxicodependentes com hepatite C.

3.4.3. Hipótese 3

Espera-se que os indivíduos toxicodependentes com hepatite B ou C com maior perceção de suporte social tenham menor ansiedade ou depressão.

3.5. Procedimento de recolha de dados

Para iniciar a recolha dos dados procedeu-se ao envio de um pedido de autorização por escrito ao diretor do CRI para a realização da investigação. Em anexo, foi enviada uma breve descrição do projeto, explicando as diferentes fases e a identificação dos investigadores envolvidos. Após, o deferimento do pedido de autorização foi realizada a recolha de dados, sendo garantidas, ao longo de todo o processo de investigação, a participação voluntária e a confidencialidade dos dados.

Todos os sujeitos que participaram na investigação foram diretamente informados pelo investigador, sobre o âmbito e finalidades da presente investigação. Após a aceitação da participação, procedeu-se ao primeiro momento de avaliação.

Num primeiro momento, foi entregue, o consentimento informado elaborado para o efeito. Posteriormente foram aplicados os instrumentos de avaliação: um Questionário Sociodemográfico, a Escala da Qualidade de Vida Breve (WHOQOL_bref), a Escala de Satisfação com o Suporte Social e o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) todos na mesma sessão. Sempre que possível, foi o próprio sujeito a preencher os instrumentos. Caso essa possibilidade não se verifique,

coube ao investigador explicar cada um dos instrumentos e ler cuidadosamente as questões, registando sempre as respostas que forem dadas pelos sujeitos.

3.6. População e Amostra

A amostra desta investigação é constituída por 31 sujeitos de ambos os géneros, sendo estes utentes do CRI de Braga e com diagnóstico de hepatite B ou C.

Segundo Ribeiro (2008), esta amostra define-se como não probabilística, pois a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida, sendo que se desconhece o quanto representativa ela é de uma determinada população ou universo (uma vez que é composta por indivíduos que atendem a determinados critérios de inclusão definidos pelo investigador), focalizada para um grupo em particular (toxicodependentes com hepatite B ou C). Pode dizer-se que, segundo a definição dada por Ribeiro (2008) que é uma amostra intencional heterogénea (constituída por um leque de características da variável) representativa (em que um conjunto de indivíduos que possuem a variável (eis) que se pretende (em) estudar são intencionalmente escolhidos para garantir a amplitude da representação da variável).

No que concerne aos critérios de inclusão, considerou-se como critérios o facto de os participantes serem sinalizados com hepatite B ou C e como critérios de exclusão apenas os que não preenchiam esse critério.

3.7. Instrumentos

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Clínico e Sociodemográfico; o Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-*bref*); a Escala de Satisfação com o Suporte Social e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS). Passaremos, de seguida, à descrição mais aprofundada de cada um deles e à sua respetiva caracterização, no estudo e fora dele. É ainda de salientar que estes instrumentos estão validados e aferidos para a população portuguesa.

3.7.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico

Foi elaborado um questionário sociodemográfico para recolha de dados e informação clínica dos participantes no estudo constituído por respostas de escolha múltipla e respostas diretas breves. O primeiro grupo de *itens* corresponde à idade, género, nacionalidade, escolaridade, profissão, situação profissional, coabitação e

estado civil. O segundo grupo procura recolher informação acerca da doença (para além da toxicodependência), tempo de tratamento, tipo de consumo de drogas, partilha de material, história de álcool ou drogas na família. Este questionário foi construído tendo em conta os preceitos dados para a investigação em psicologia (Almeida & Freire, 2003).

3.7.2. Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL_bref) – (OMS, 1998; versão portuguesa traduzida e adaptada por Vaz Serra e col., 2006)

Versão Original

O *WHOQOL-BREF* é uma versão abreviada do WHOQOL-100 construído pela OMS em 1998. Esta é composta por 26 das 100 questões do WHOQOL-100. Esta versão tem obtido bons desempenhos psicométricos e a sua estrutura tem subjacente quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (Vaz Serra *et al.*, 2006). Os *itens* que compõem o *WHOQOL-BREF* estão organizados em escala tipo Likert de 5 pontos. O instrumento está organizado em cinco domínios: físico, psicológico, relações sociais, ambiente e geral. Os resultados dos domínios obtêm-se pelo cálculo do somatório dos *itens*. Assim, correspondem ao domínio físico os *itens* 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18, ao domínio psicológico os *itens* 5, 6, 7, 11, 19, 26, ao domínio relações sociais os *itens* 20, 21, 22, ao domínio ambiente os *itens* 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25, e ao domínio geral os *itens* 1 e 2. É importante referir que os *itens* 3, 4 e 26 estão formulados negativamente e, como tal, devem ser invertidos. Os valores mais altos indicam melhor qualidade de vida no domínio considerado.

As características psicométricas do *WHOQOL-Bref* preencheram os critérios de consistência, validade discriminante, validade concorrente, validade de conteúdo e fidelidade teste-reteste, básicos numa avaliação preliminar (Vaz Serra *et al.*, 2006). O instrumento apresentou boa consistência interna, medida pelo *alpha* de *Cronbach*, quer se considerem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios (Vaz Serra *et al.*, 2006).

A capacidade de discriminar pacientes de indivíduos normais (validade discriminante) foi observada nos domínios 1 (Físico), 2 (Psicológico) e 4 (Ambiente),

sendo neste último com nível de significância limítrofe ($\alpha=.06$). O domínio 3 (Relações Sociais) não apresentou capacidade de discriminação entre pacientes e população não-clínica. Estes dados diferem dos dados globais do desenvolvimento do instrumento breve em que todos os 4 domínios discriminaram de forma estatisticamente significativa diferenças entre a população não-clínica e pacientes.

Para estudar a validade de critério do *WHOQOL-Bref*, realizou-se uma regressão linear múltipla dos domínios em relação à faceta que avalia a “qualidade de vida geral”. Observou-se que 3 dos 4 domínios fizeram parte do modelo, explicando 44% da variância. Assim, podemos inferir que com a exceção do domínio 3, os domínios restantes foram importantes na definição de qualidade de vida numa amostra de pacientes com doentes de diferente natureza e gravidade (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Quando se comparou a correlação entre os diferentes domínios, observou-se que todos os domínios apresentavam coeficientes de correlação significativos entre si, sendo que a correlação entre os domínios *Físico* e *Psicológico* foi a mais alta (Vaz Serra *et al.*, 2006).

A escala de Beck para Depressão (BDI) e a escala de desesperança de Beck (BHS) foram utilizados como instrumentos de avaliação indireta de validade concorrente. Estes instrumentos apresentaram correlação significativa com todos os domínios. Tanto o BDI como o BHS apresentaram os maiores coeficientes de correlação com o domínio psicológico (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Finalmente, quando foi avaliada a fidelidade teste - reteste, observou-se que não haviam diferenças significativas entre as médias das duas medidas. Todos os coeficientes de correlação das medidas de teste - reteste foram significativas, com coeficientes superiores a .69 (Vaz Serra *et al.*, 2006).

Versão Portuguesa

O instrumento depois de adaptado para a população portuguesa revelou boas características psicométricas de consistência interna, fiabilidade temporal, validade discriminante e validade de constructo, permitindo a sua utilização em Portugal (Vaz Serra *et al.*, 2006). No que diz respeito aos índices de consistência interna, o instrumento apresentou um *alpha de Cronbach* para os 26 itens de .95, para o domínio físico de .87, para o domínio psicológico de .84, para o domínio relações sociais de .64 e para o domínio ambiente de .78.

O *WHOQOL-Bref* tem também uma boa estabilidade temporal, com coeficientes que variam entre .65 e .85 (Vaz Serra *et al.*, 2006). No que diz respeito à validade discriminante, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de indivíduos da população normal e um de indivíduos com patologia médica, sendo que o primeiro grupo apresenta maior qualidade de vida. Por fim, em relação à validade do constructo, os autores verificaram que os quatro domínios do instrumento se correlacionavam entre si de forma estatisticamente significativa (Vaz Serra *et al.*, 2006). Os melhores coeficientes encontram-se entre os domínios *Psicológico* e *Ambiente* ($r=.57$), *Físico* e *Psicológico* ($r=.55$) e *Relações Sociais* e *Ambiente* ($r=.50$). De igual modo, todos os domínios se correlacionam significativamente com a faceta *Geral*, variando entre $r=.44$ (*Relações Sociais*) e $r=.72$ (*Físico*).

De modo a testar quais os melhores preditores da qualidade de vida, os autores também realizaram uma regressão linear múltipla em relação à faceta *Geral*. Os resultados mostraram que todos os domínios aparecem num modelo linear que explica 58,8% da variância (Vaz Serra *et al.*, 2006). Neste caso não utilizamos porque a amostra é reduzida e não estamos a adaptar a escala.

Caraterísticas Psicométricas na Presente amostra

No presente estudo, o *alpha de cronbach* é de .92 para todo o questionário, o que evidencia uma elevada consistência interna da escala na amostra em questão. Para o domínio físico o *alpha* é de .84, para o domínio psicológico é de .85, para o domínio das relações sociais é de .83 e para o domínio ambiente o *alpha* é de .76 o que evidencia uma boa consistência interna.

3.7.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Pais-Ribeiro, 1999)

Versão Original

Esta escala foi desenvolvida e validada por Pais-Ribeiro (1999) especificamente para a população portuguesa, com o objetivo de verificar o grau de satisfação dos participantes relativamente à sua família, amigos, intimidade e atividades sociais. Este instrumento avalia as necessidades de suporte social, aferindo o grau de satisfação com

o suporte social recebido, focalizando o grau de satisfação com que o indivíduo percebe o tipo de suporte oferecido ou o grau de satisfação com alguns elementos que integram as suas redes ou lhe oferecem suporte (Siqueira, 2008).

Trata-se de uma escala multidimensional, constituída por 15 *itens*, de resposta tipo likert, com cinco posições, nomeadamente, concordo totalmente, concordo na maior parte, nem concordo nem discordo, discordo na maior parte e discordo totalmente. Avalia quatro dimensões, com valores de consistência interna que variam entre .64 e .83, sendo o valor para a escala global de .85, o que revela uma boa consistência interna (Pais-Ribeiro, 1999). O primeiro fator, denominado de satisfação com os amigos (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que o indivíduo tem. Inclui cinco *itens* (3, 12, 13, 14, 15). O segundo fator diz respeito à intimidade (IN) e mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro *itens* (1, 4, 5, 6). O terceiro fator, satisfação com a família (SF) mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três *itens* (9, 10, 11). O último fator, atividades sociais (AS) mede a satisfação com as atividades sociais que os indivíduos realizam. Inclui três *itens* (2, 7, 8).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos *itens*. A nota de cada fator resulta da soma dos *itens* que pertencem a cada um dos fatores. Os *itens* são cotados atribuindo o valor 1 aos itens assinalados com A e 5 aos *itens* assinalados com E. São exceções os *itens* invertidos que são os seguintes: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 nos quais o valor 1 é atribuído aos *itens* assinalados com E e o valor 5 aos *itens* assinalados com A. A nota total da escala pode variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais elevada corresponde uma maior percepção de suporte social.

De acordo com Baptista e colaboradores (2006), a pontuação da escala pode ser dividida em três partes, a partir da pontuação máxima para determinar se o suporte social é considerado alto, médio ou baixo. Assim, considera-se alto o suporte social quando a pontuação se situa entre 51 e 75 pontos, médio suporte social entre 26 e 50 pontos e baixo suporte social até 25 pontos.

Caraterísticas Psicométricas na Presente amostra

No presente estudo, o *alpha de cronbach* para a escala total é de .91, o que revela uma boa consistência interna. No domínio da satisfação com os amigos é de .95 e no domínio da satisfação com a família é de .91, revelando assim uma alta consistência

interna. No domínio das atividades sociais revelou uma consistência interna muito fraca de .12.

3.7.4. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) - (Zigmond & Snaith 1983; versão portuguesa traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999)

Versão Original

A HADS é uma escala construída com o objetivo de apoiar os clínicos, na identificação e reconhecimento do estado emocional do indivíduo associado com a doença física (Pais-Ribeiro, 2007; McIntyre, 1999). Esta é uma escala de autoavaliação que tem como objetivo detetar estados de ansiedade e depressão em doentes em regime de ambulatório de um hospital geral, selecionando apenas sintomas psicológicos (eliminando o efeito somático da comorbilidade, em que os sintomas de âmbito somático são simultaneamente expressão de doença física ou psíquica). A HADS é composta por duas subescalas, (escala de ansiedade e escala de depressão), constituída por 7 *itens* cada escala. Para cada item há 4 respostas possíveis, cotadas de 0 a 3, em que o valor 0 reflete menor gravidade e o valor 3 maior gravidade. As pontuações globais indicam a presença ou ausência de problemas: valores iguais ou inferiores a 7 são considerados normais, de 8 a 10 a ansiedade e depressão é leve, de 11 a 15 é moderada e de 16 a 21 é severa (Snaith & Zigmond, 1994). A nota para cada dimensão varia entre 0 e 20. É um questionário de autorresposta que demora entre 2 a 5 minutos a ser respondido. Os autores aplicaram a escala a 100 sujeitos adultos de ambos os géneros, que sofriam de diferentes patologias de foro médico e demonstraram a sua consistência interna, com valores que oscilam entre .41 a .76 ($p < 0,01$) para a subescala de ansiedade e entre .30 a .60 ($p < 0,02$) para a depressão (Zigmond & Snaith, 1983). A validade foi testada através da correlação de *Spearman* entre os valores das 2 subescalas assim como a em entrevistas psiquiátricas tendo obtido boa significância tanto para a depressão como para a ansiedade ($p < 0,001$) (Zigmond & Snaith, 1983).

Versão Portuguesa

A versão portuguesa da HADS designa-se de Escala da Ansiedade e Depressão Hospitalar e foi traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva, (1999). Esta versão foi aplicada a uma amostra de doentes após Enfarte do Miocárdio, num estudo longitudinal realizado em 5 momentos distintos: 4º dia do internamento (111 sujeitos); momento da alta (187 sujeitos), 2 semanas após a alta (114 sujeitos); 3 meses após a alta (110 sujeitos) e 6 meses após a alta (60 sujeitos). Os coeficientes de *alfa de Cronbach* variaram entre .75 a .90 na subescala ansiedade e entre .75 a .85 na subescala da depressão (McIntyre e col., 1999).

Caraterísticas Psicométricas na Presente amostra

No presente estudo, o *alpha de cronbach* para a escala total é de .81. Na sub-escala de ansiedade foi .90, o que revela uma boa consistência interna. Na sub-escala de depressão foi obtido um alfa de .51 revelando baixa consistência interna.

3.8. Procedimentos Estatísticos

Após a colheita de dados, estes foram lançados numa base de dados informática e processada pelo programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences- versão 17.0)*. O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ($p < .05$).

A análise exploratória de dados incidiu sobre as frequências absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média (M), o desvio-padrão (DP) e os valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas.

O estudo da normalidade das distribuições, para as variáveis quantitativas, foi realizado pelo teste de Kolmogorov- Smirnov, assim como para determinar a assimetria e curtose. As variáveis com nível de significância igual ou inferior a 5% ($p < .05$) foram consideradas com distribuição não-normal; as variáveis com nível de significância superior a 5% ($p > 0,05$) foram consideradas com distribuição normal. Neste estudo todos seguem uma distribuição não-normal, recorrendo-se, por isso, à estatística não-paramétrica para testar as hipóteses do estudo (Pereira, 2006).

Primeiramente, procedeu-se ao estudo da existência ou não dos requisitos para a aplicação da estatística paramétrica, ou seja, verificar se as variáveis dependentes são de natureza intervalar, se seguem ou não uma distribuição normal e, por fim, se existe homogeneidade da variância. Para tal, utilizou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov ou de Shapiro-Wilks* para amostras inferiores a 30, assim como determinar os valores de assimetria e curtose mediante o teste de *Levene*.

Verificou-se, assim, que não seguiam uma distribuição normal, o que remete para a estatística não-paramétrica.

Para testar a primeira hipótese, de forma a avaliar os indivíduos toxicodependentes com hepatite B ou C relativamente às variáveis psicológicas, qualidade de vida e percepção de suporte social, foi utilizado o teste *Mann-Whitney*, dado que não se encontravam cumpridos os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos. Na segunda hipótese, para comparar os níveis de ansiedade ou depressão nos indivíduos toxicodependentes com hepatite B ou C, foi usado um *Mann-Whitney*, dado que não se encontravam cumpridos os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos. Na terceira hipóteses, para avaliar a percepção de suporte social e a ansiedade e depressão nos toxicodependentes com hepatite B ou C, foi usado o teste *Mann-Whitney*, dado que não se encontravam cumpridos os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos.

Em todas as escalas foram retirados alguns *itens* que não estariam a medir o pretendido, revelando em alguns casos alfas negativos e que estariam a interferir no alfa total das escalas.

Capítulo IV. Apresentação dos Resultados

4.1. Caracterização Sócio-demográfica e Clínica da Amostra

Quadro 1. Características Sócio-demográficas da amostra (N=31)

<i>Variáveis</i>	n	%	M.	D.P.	Mín.	Máx.	Mo
<i>Idade</i>	31	100	41	5,83	28	51	49
<i>Idade de início de consumos</i>	31	100	17,32	7,341	12	45	
<i>Género</i>							
Masculino	25	80,6					
Feminino	6	19,4					
<i>Nacionalidade</i>							
Portuguesa	30	96,8					
Francesa	1	3,3					
<i>Habilitações Literárias</i>							
1ª-4ª Classe	4	12,9					
5º - 6º ano	5	16,1					
7º - 9º ano	8	25,8					
10º - 12º ano	10	32,3					
Estudos universitários	4	12,9					
<i>Profissões</i>							
Operários espec. Peq.	17	54,8					
Comerciantes							
Industriais, elevada comp. técnica	14	45,2					
<i>Situação Profissional</i>							
Empregados	12	38,7					
Desempregados	16	51,6					
Reformados	3	9,7					
<i>Dependência Financeira</i>							
Independentes	20	64,5					
Dependentes	11	35,5					
<i>Coabitação</i>							
Sozinho	16	51,6					
Pais (ou apenas um)	8	25,8					
Companheiro (a)	7	22,6					
<i>Estado Civil</i>							
Solteiro	19	61,3					
Casado	6	19,4					
Divorciado	6	19,4					

A amostra é constituída por 31 sujeitos, 25 do género masculino (80.6%) e 6 do género feminino (19.4%). As suas idades são compreendidas entre os 28 e 51 anos, com uma média de idade de 41 anos ($DP=5.83$). A idade de início dos consumos é de 17.32 anos, onde a idade mínima é de 12 anos e a máxima de 45 ($DP=7.34$). Na presente amostra 30 indivíduos são de nacionalidade portuguesa (96.8%) e 1 de nacionalidade francesa (3.2%). Quanto às suas habilitações literárias 4 indivíduos têm entre a 1^a – 4^a classe (12.9%), 5 têm o 5^o – 6^o ano de escolaridade (16.1%), 8 indivíduos possuem entre 7^o - 9^o ano de escolaridade (25.8%), 10 sujeitos têm entre o 10^o - 12^o ano de escolaridade (32.3%) e 4 possuem estudos universitários (12.9%). No que diz respeito às suas profissões, estas foram agrupadas em dois grandes grupos, o grupo dos operários especializados ou semiespecializados, pequenos comerciantes e trabalhadores rurais e domésticos, e desempregados, neste grupo existem 17 indivíduos (54.8%) e o grupo dos grandes industriais, elevada competência técnica, grandes comerciantes com 14 indivíduos (45.2%).

Quanto à sua situação profissional, nesta amostra encontramos 12 indivíduos empregados (38.7%), 16 desempregados (51.6%) e 3 reformados (9.7%). No que toca à dependência financeira da amostra, 20 indivíduos são independentes financeiramente (64.5%) e 11 indivíduos dependem financeiramente de terceiros (35.5%).

Neste grupo de sujeitos, 16 vivem sozinhos (51.6%), 8 vivem com os dois pais ou apenas com um deles (25.8%) e 7 vivem com o (a) companheiro (a) (22.6%). Quanto ao estado civil encontramos 19 sujeitos solteiros (61.3%), 6 sujeitos casados (19.4%) e 6 sujeitos divorciados (19.4%) (Quadro 1).

Quadro 2. Características Clínicas da amostra (N=31)

<i>Variáveis</i>	N	%
<i>Doentes</i>	31	100
<i>Doenças</i>		
Hepatite B	8	25,8
Hepatite C	23	74,2
<i>Partilha de Material</i>		
Sim	15	48,4
Não	16	51,6
<i>Abstinente</i>		
Sim	13	41,9
Não	18	58,1
<i>Família Probl. Dependências</i>		
Sim	9	29,0
Não	22	71,0
<i>Prb Saúde Causados P/ Dep</i>		
Sim	26	83,9
Não	5	16,1
<i>Drogas Consumidas</i>		
Não Consomem	13	41,9
Álcool	6	19,4
Álcool, heroína, cocaína e haxixe	4	12,9
Álcool, heroína, cocaína, haxixe e outras	2	6,5
Haxixe e outras	2	6,5
Heroína, haxixe e outras	2	6,5
Álcool e haxixe	1	3,2
Heroína, cocaína e haxixe	1	3,2

Os 31 indivíduos da amostra encontram-se atualmente doentes (100%). Dentro deste grupo podemos verificar que 8 indivíduos têm hepatite B (25.8%), 23 indivíduos tem hepatite C (74.2%).

No que diz respeito, à partilha de material, verifica-se que 15 indivíduos já partilharam material (48.4%) e os restantes 16 nunca partilharam material (51.6%).

Na presente amostra verificou-se que 13 sujeitos se encontram abstinentes de álcool ou drogas (41.9%) e 18 sujeitos não se encontram abstinentes (58.1%). Quando se pergunta se têm familiares com problemas de álcool ou drogas, 9 indivíduos dizem que sim (29%) e 22 indivíduos dizem que não (71%). No que diz respeito aos

problemas de saúde causados pela dependência 26 sujeitos respondem que têm (83.9%) e 5 sujeitos respondem que não têm (16.1%).

No que diz respeito às drogas consumidas por estes sujeitos da amostra, 13 não consomem qualquer tipo de droga ou álcool neste momento (41.9%), 6 sujeitos consomem apenas álcool (19.4%), 4 sujeitos consomem álcool, heroína, cocaína e haxixe (12.9%), 2 sujeitos consomem álcool, heroína, cocaína, haxixe e outras (6.5%), 2 sujeitos referem consumir haxixe e outras (6.5%), 2 sujeitos consomem heroína, haxixe e outras (6.5%), 1 sujeito diz consumir álcool e haxixe (3.2%) e 1 sujeito diz consumir heroína, cocaína e haxixe (3.2%) (Quadro 2).

Quadro 3. Médias das escalas por domínios (N=31)

Variáveis	\bar{x}	D.P.
Ambiente (QQV)	25,16	4,93
Físico (QQV)	24,48	6,31
Geral (QQV)	6,61	1,41
Relações Sociais (QQV)	8,94	3,56
Psicológico (QQV)	18,71	4,82
Satisfação com os amigos (ESSS)	15,26	5,76
Intimidade (ESSS)	12,00	3,66
Atividades Sociais (ESSS)	6,39	2,56
Satisfação com a Família (ESSS)	9,32	4,72
Ansiedade (HADS)	16,35	3,12
Depressão (HADS)	16,19	3,34

No quadro três capítulo são apresentadas as médias assim como o desvio-padrão das respostas, a maioria das respostas dos participantes da investigação em cada domínio. No questionário da qualidade de vida, a média mais elevada é no domínio “Ambiente” (\bar{x} = 25.16), apresentando uma diferença muito próxima do domínio Físico (\bar{x} = 24.48) por outro lado o domínio Geral teve a média mais baixa (\bar{x} = 6.61).

O domínio das Relações Sociais também apresenta uma média de respostas muito baixa ($\bar{x} = 8.94$). O domínio Psicológico tem uma média normal ($\bar{x} = 18.71$).

No que diz respeito à Escala de Satisfação com o Suporte Social, as médias mais altas encontram-se nos domínios da Satisfação com os Amigos ($\bar{x} = 15.26$) e no domínio da Intimidade ($\bar{x} = 12.00$). A média mais baixa de respostas encontra-se no domínio das atividades sociais ($\bar{x} = 6.39$) e logo em seguida o domínio da Satisfação com a Família com uma média também muito baixa ($\bar{x} = 9.32$).

A média da Ansiedade ($\bar{x} = 16.35$) e da Depressão ($\bar{x} = 16.19$) apresentam diferenças, muito próximas (Quadro 3)

4.2. Testes de Hipóteses

4.2.1. Hipótese 1 - Espera-se que os indivíduos toxicodependentes com hepatite B ou C tenham baixa percepção de qualidade de vida e baixa percepção suporte social.

Foram feitos testes de normalidade da amostra, *Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks* em todas as dimensões e verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à distribuição normal, sendo assim uma distribuição não-normal.

Dado estar-se na presença de uma amostra que não segue uma distribuição normal, para testar as diferenças entre Qualidade de Vida e Suporte Social nos toxicodependentes com hepatite B ou C, realizou-se o teste de *Mann-Whitney*.

Depois do teste realizado, verificou-se que os indivíduos com hepatite C têm uma percepção de qualidade de vida e satisfação com suporte social elevados, assim como os sujeitos com hepatite B.

Pela significância bilateral verifica-se a diferença na média das classificações mas não é suficientemente elevada para rejeitar a hipótese nula (para o nível de significância e 5%). Os resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* de comparação dos grupos de indivíduos com hepatite B ou C não mostraram significância estatística em qualquer um dos domínios. Domínio Psicológico ($Z=74.00$, $p=.413$), Domínio Físico

($Z=71.50$, $p=.352$), Domínio das Relações Sociais ($Z=68.00$, $p=.275$), Domínio Ambiente ($Z=92.50$, $p=.982$), Domínio Geral ($Z=53.50$, $p=.063$) e no Total da Escala de Satisfação com o Suporte Social ($Z=50.50$, $p=.060$). Assim, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de indivíduos com hepatite B e C no que diz respeito à percepção de qualidade de vida e suporte social (Quadro 4).

Quadro 4. Resultados do teste *U* de Mann-Whitney (N=31)

Hepatite B e C		
	<i>Z</i>	<i>Sig.</i>
Domínio Psicológico	74.00	.413
Domínio Físico	71.50	.352
Domínio Relações Sociais	68.00	.275
Domínio Ambiente	92.50	.982
Domínio Geral	53.50	.063
Suporte Social_total	50.50	.060

Aceita-se assim a hipótese nula, ou seja, os indivíduos toxicodependentes com hepatite B ou C não se percebem com baixa qualidade de vida e suporte social.

4.2.2 Hipótese 2 - Espera-se que os indivíduos toxicodependentes com hepatite B apresentem diferentes níveis de ansiedade e depressão comparativamente aos indivíduos toxicodependentes com hepatite C.

Foram feitos testes de normalidade da amostra, *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilks* em todas as dimensões e verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas em relação à distribuição normal, sendo assim uma distribuição não-normal.

Dado estar-se na presença de uma amostra que não segue uma distribuição normal, para se comparar os diferentes níveis de ansiedade ou depressão nos indivíduos com hepatite B e com hepatite C, realizou-se o teste de *Mann-Whitney*.

Depois de se realizar o teste verificou-se que existem diferenças para a escala de ansiedade, sendo que os indivíduos com hepatite B são mais ansiosos ($p=.037 < .05$) do que os indivíduos com hepatite C ($>.05$). Para a escala de depressão não foram registadas diferenças ($p>.05$). Os resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para verificar os diferentes níveis de ansiedade ou depressão nos indivíduos com hepatite B comparativamente com os indivíduos com hepatite C não mostraram significância estatística na variável de depressão ($Z=93.50$, $p=.945$) mas na variável ansiedade já existe significância estatística ($Z=46.00$, $p=.037$) (Quadro 5).

Quadro 5 . Resultados do teste *U* de Mann-Whitney (N=31)

	Ansiedade	Depressão
Hepatite B	21.75	15.81
(n=8)		
Hepatite C	14.00	16.07
(n=8)		
Z	46.00	93.50
Sig.	.037	.945

Confirma-se assim parcialmente a hipótese, verificando-se diferenças entre os indivíduos com hepatite B e os indivíduos com hepatite C no que concerne à ansiedade.

4.2.3. Hipótese 3 - Espera-se que os indivíduos toxicodependentes com hepatite B ou C com maior percepção de suporte social tenham menor ansiedade ou depressão.

Foram feitos testes de normalidade da amostra, *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilks* em todas as dimensões e verificou-se que existem diferenças estatisticamente

significativas em relação à distribuição normal, sendo assim uma distribuição não-normal.

Dado estar-se na presença de uma amostra que não segue uma distribuição normal, para se verificar se os indivíduos com hepatite B ou C com maior percepção de suporte social têm menores níveis de ansiedade ou depressão, realizou-se o teste de *Mann-Whitney*.

Para a realização deste teste foi necessário selecionar da amostra dos indivíduos apenas aqueles que apresentavam maior percepção de suporte social, ou seja, com um total na escala acima de 25 pontos.

Depois de se realizar o teste verificou-se que existem diferenças para a escala de ansiedade, os indivíduos com hepatite B têm mais indicadores de ansiedade do que os indivíduos com hepatite C mesmo percebendo o seu suporte social como mais elevado, contudo não existe uma diferença estatisticamente significativa ($p > .05$).

Os resultados do teste *U* de *Mann-Whitney* para verificar se os indivíduos com hepatite B ou C, com maior percepção de suporte social apresentam diferentes níveis de ansiedade ou depressão verificou que não existem diferenças. Na variável de depressão ($Z=43.50$, $p=.519$) e variável ansiedade também não existe significância estatística ($Z=23.00$, $p=.36$) (Quadro 6).

Quadro 6. Resultados do teste *U* de Mann-Whitney (N=31)

	Ansiedade	Depressão
Hepatite B	15.71	12.79
(n=7)		
Hepatite C	9.53	10.90
(n=15)		
Z	23.00	43.50
Sig.	.36	.519

Esta hipótese não se confirma, uma vez que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p > .05$).

Capítulo V – Discussão dos resultados

Hipótese 1

Os resultados encontrados na hipótese 1 vão de encontro à literatura existente que refere que os indivíduos toxicodependentes com hepatite B ou C não percebem, muitas das vezes, a sua qualidade de vida ou suporte social baixos uma vez que estes indivíduos tendem a adaptar-se em termos cognitivos às suas condições de vida.

Segundo Snoek (2000), um elemento de interesse nos estudos relativos à qualidade de vida prende-se com o facto de os indivíduos terem tendência a se adaptarem em termos cognitivos, emocionais e comportamentais às situações adversas de forma a tornar mais pequenas as consequências negativas a elas associadas. Esta poderá ser uma possível explicação para a discrepância entre as reais condições de vida e a sua apreciação subjetiva.

A participação dos sujeitos num programa terapêutico pode ter influenciado a forma de apreciar a qualidade de vida e suporte social. Segundo um estudo realizado por Escudeiro, Lamachã, Freitas e Silva (2006) a integração dos toxicodependentes em programas terapêuticos constitui um elemento fundamental na melhoria da perceção que estes apresentam face à sua qualidade de vida e suporte social. Parece que, em termos gerais, a integração num programa de tratamento potencia a hipótese de os sujeitos se organizarem nas diferentes esferas do seu quotidiano e o perspectivarem de forma mais positiva, alterando a perceção que apresentam da sua qualidade de vida (Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006). Apesar de não ser feita a referência aos programas de tratamento no estudo, todos os utentes estavam inseridos em programas de tratamento, quer fossem eles farmacológicos ou terapêuticos.

Hipótese 2

Os resultados encontrados na hipótese 2 vão de encontro a alguma bibliografia de suporte existente, uma vez que a associação entre as variáveis utilizadas nesta hipótese ainda carecem de mais estudos, principalmente no que diz respeito a indivíduos com hepatite B. É um facto que existem mais estudos realizados sobre indivíduos com hepatite C.

Molina (2004) aponta que a provável relação que há entre consumo de substâncias e perturbações de ansiedade não seja uniforme, variando em função da

doença. Nos estudos realizados a estes indivíduos atesta a nossa hipótese, é um facto que os indivíduos com hepatite C têm níveis de depressão maiores do que os indivíduos com hepatite B. Segundo Molina (2004), a presença de comorbilidade entre toxicodependentes e perturbação de ansiedade, prediz resultados clínicos mais desfavoráveis do que os observados quando o indivíduo padece apenas de um distúrbio.

Alguns autores estudaram a prevalência de depressão em populações de portadores do vírus da hepatite C, como usuários de drogas, pacientes terminais e militares constatando prevalências elevadas (Singh, Gayowski, Wagener & Marino 1997; Lehman & Cheung, 2002). Os estudos existentes sobre a prevalência de depressão em indivíduos infetados pelo vírus da hepatite C sugerem que essa seja superior à encontrada na população geral. Estes dados reforçam a hipótese de que existe associação entre hepatite C e depressão (Singh, Gayowski, Wagener & Marino 1997).

A depressão nos sujeitos com hepatite C está muitas vezes relacionada com a percepção da doença, a incapacidade funcional, a baixa qualidade de vida, a fadiga grave e com a presença de comorbilidades ativas (Neves, Dickens & Xavier, 2006).

A associação entre hepatite B e depressão foi pouco estudada até o momento, conforme referido em cima mas num estudo que comparou a prevalência de depressão em indivíduos infetados por hepatite C foi encontrada uma maior prevalência (Pariente, Orrú, Baita, Farci & Carpinello, 1999).

Hipótese 3

A hipótese levantada no estudo não se confirma, uma vez que os indivíduos com maior nível de satisfação com o suporte social não parecem ter níveis de ansiedade ou depressão diferentes da restante amostra em estudo. Segundo House (2001), só em casos de níveis muito baixos de suporte social se observa de facto o decréscimo do nível de bem-estar físico e/ou mental. O que vai de encontro ao estudo realizado por Oliveira (2000) onde este constatou que a percepção de ausência de suporte social se encontra significativamente associada à presença de sintomas depressivos.

A fim de testar esta hipótese foram utilizados apenas os indivíduos com maior nível de percepção de suporte social e verificou-se que estas pessoas não apresentam menores níveis de ansiedade ou depressão em relação aos que percebem o seu suporte social como mais baixo.

Isto também pode dever-se, ao facto de geralmente o suporte social ser relatado em termos de aspetos estruturais (tamanho do grupo, frequência de contato, participações em atividades e instituições sociais) e funcionais (perceção do apoio afetivo e satisfação das necessidades), no entanto há diversas outras formas de divisão do suporte social que diferem das aqui apresentadas, o que pode acontecer é que estes tenham avaliado o seu suporte social mais em termos gerais (Keeling, Price, Jones & Harding, 1996; McNally & Newman, 1999; Nath, Borkowski, Whitman & Schellenbach, 1991).

Limitações do estudo

Este estudo contou com várias limitações. Uma das limitações inclui a representatividade da amostra, com um número reduzido de participantes. A amostra é constituída por 31 sujeitos e apenas foi recolhida no CRI de Braga, o que não é significativo para tirar conclusões alargadas. Nesta população é muito difícil recolher uma amostra sem que hajam contrapartidas, benefícios para os participantes e uma vez que a participação nestes estudo teria de ser voluntária, a motivação de participação foi muito baixa.

Um outro fator que pode ter influenciado as respostas nos questionários foi a desejabilidade social, uma vez que na maioria dos casos, estes foram hétero-administrados. Assim, a presença do investigador poderá ter enviesado os resultados.

Uma grande limitação também foi a escassez de estudos na área com esta população específica. Assim verificou-se que existe pouca bibliografia de suporte, existindo poucos ou quase nenhuns estudos que relacionem as variáveis em estudo.

Capítulo VI – Conclusão Geral e Implicações para o futuro

Apesar de não ser possível efetuar uma generalização das conclusões do estudo para a população-alvo, dado que a amostra não é representativa pelo n reduzido. Pode-se verificar que os indivíduos toxicodependentes com hepatite B ou C não percebem a sua qualidade de vida e suporte social como sendo baixos, talvez por razões já citadas em cima, como o facto de estes, de certa forma se adaptarem às situações adversas.

Uma vez que estes indivíduos não apresentam baixos níveis de satisfação com o suporte social e com a sua qualidade de vida também não vão apresentar grandes níveis de ansiedade ou depressão, o que vai contra os resultados revistos na literatura.

Alguns autores referem que os indivíduos toxicodependentes têm menor produtividade profissional e escolar, o que não se verifica na nossa amostra, onde cerca de 14 sujeitos (45.2%) quase metade da amostra têm níveis de escolaridade situados entre o 10º ano e os estudos universitários cerca de 12 indivíduos (38.7%) estão empregados neste momento (Maguna, 2003; Rokach, 2005). Quase metade dos indivíduos estão inseridos profissionalmente o que, constitui um elemento potenciador de uma evolução clínica positiva, quer pela possibilidade de autonomização e aquisição de novos recursos individuais, quer pela possibilidade de alargamento da rede social de apoio (Félix da Costa, Pádua & Correia, 2000).

É de referir que a idade de início dos consumos encontrada vai de encontro a estudos feitos anteriormente, situando-se na adolescência ou início da idade adulta. Este facto é corroborado pela evidência clínica, investigações e relatórios internacionais que demonstram haver uma maior prevalência neste período, desde a idade de início até à idade em que se instala a dependência (Martins, 2002; I.D.T., 2006; OEDT, 2006).

Em relação ao estado civil, observou-se que os sujeitos toxicodependentes apresentam como situação frequente o estado de solteiro.

A falta de literatura de suporte, prende-se pelo facto de existirem poucos estudos na área das toxicodependências que relacionem todas as variáveis em estudo, podendo este trabalho constituir assim, um ponto de partida para estudos futuros, realizados de forma mais abrangente, com uma amostra significativa e dados recolhidos em vários locais.

As conclusões retiradas das hipóteses não possuem muita bibliografia de suporte, uma vez que na maioria dos casos apontam para as situações contrárias às

analizadas nas hipóteses deste estudo, fazendo pensar que o fator da desejabilidade social tenha enviesado os resultados obtidos.

Bibliografia

- Aguilar, L. R. & Pillon, S. C. (2005). Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 790-797.
- Alarcão, M. (2000). (Des) Equilíbrios Familiares – uma visão sistémica. Quarteto Editora, Coimbra.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, D., Vieira, C., Almeida, M. C., Rijo, D. M. & Felisberto, A.J. (2005). Toxicodependência e comorbilidade Psiquiátrica – Sintomatologia do Eixo I e perturbações de personalidade. *Psiquiatria Clínica*, 26, (1), 55-70.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ªed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angel, P., Angel, S. & Valleur, M. (2002). Resenha histórica. Em Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, M., Baptista, A., & Torres, E. (2006). Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 7 (1): 39-48.
- Blaney, R. & Piccola, G. (1987). Psychologic Issues related to AIDS. *Journal of MAG*, 76, 29-32.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (3): 458-475.
- Bresters, D., Mauser-Bunschoten, E., Reesink, H., Roosendaal, G., Van der Poel, C., Chamuleau, R., Jansen, P., Weegink, C., Cuypers, H. & Lelie, P. (1993). Sexual transmission of hepatitis C virus. *Lancet*. 342 (8865), 210-211.
- Broadhead, W., Kaplan, B., James, S., Wagner, E., Schoenbach, V., Grimson, R., Heyden, S., Tibblin, G., & Gehlbach, S. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117 (5), 521-537.
- Busch, M. (2006). Transfusion-transmitted viral infections: building bridges to transfusion medicine to reduce risks and understanding epidemiology and pathogenesis. *Transfusion*. 46, (9), 1624-1640.

- Canavarro, M., Simões, M., Serra, A., Perreira, M., Rijó, D., Quartilho, M., Gameiro, S., Paredes, T., Carona, C. (s.d.). WHOQOL-BREF: instrumentos de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde. *Avaliação psicológica*.
- Carithers Jr, R., Sugano, D. & Bayliss, M. (1996). Health assessment for chronic HCV infection: results of quality of life. *Dig Dis Sci*.41 (12sup), 75S-80S.
- Carvalho, A. A.(2002). As bebidas alcoólicas em Portugal. In Relatório de Primavera 2002 do OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Choo, Q., Kuo, G., Weiner, A. (1989). Isolation of a cDNA clone derived from a blood-born non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science*. 244, 359-362.
- Collins, S., & Swan, T. (2010). *Guia sobre Hepatite C para pessoas que vivem com VIH* (M. Kumpera, Trad.). Publicações GAT. (trabalho original publicado em Novembro de 2010).
- Conferência de Consenso sobre Hepatite C. Diagnóstico e Tratamento. 2003, Abril.
- Conte, D., Fraquelli, M., Prati, D., Colucci, A. & Minola, E. (2000). Prevalence and clinical course of chronic hepatitis C virus (HCV) infection and rate of HCV vertical transmission in a cohort of 15,250 pregnant women. *Hepatology*. 31 (3), 751-755.
- Davis, G., Balart, L. & Schiff, E. (1994). Assessing health-related quality of life in chronic hepatitis C using the sickness impact profile. *Clin Ther*. 16 (2), 334-343.
- Dessen, M., & Braz, M. (2000). Rede Social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento dos filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16 (3), 221-231.
- DiMatteo, M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta analysis. *Health Psychology*, 23 (2), 207-218.
- Dunbar, M., Ford, G., & Hunt, K. (1998). Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas, A. & Silva, H. (2006). Qualidade de vida e Toxicodependências. *Revista Toxicodependências*, 3 (12), 65-78.

- Farges, F. (2002). Dependência, abuso, uso. In: Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores
- Félix da Costa, N., Pádua, J. & Correia, M. (2000). Um ano em naltrexona. *Revista Toxicodependências*, 6 (3), 51-60.
- Fernandez, C., Llorent, J. (1997). Ansiedad y depresión en heroinómanos. Colectânea de textos das Taipas, X, 157-167
- Ferreira, M. (2000). Diagnóstico e Tratamento da hepatite B. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 33, (4), 389-400.
- Ferreira, C. & Silveira, T. (2004). Hepatites Virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 7, (4), 473-87.
- Flamm, S., Parker, R. & Chopra, S. (1998). Risk factors associated with chronic hepatitis C virus infection: limited frequency of an unidentified source of transmission. *An J Gastroenterol*. 93, (4), 597-600.
- Fleming, M. (2005). Dor mental e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, B., Hervé, F., Morel, A. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores
- Gameiro, J. (1994). Quem sai aos seus... Porto: Edições Afrontamento.
- Godinho, R. (2007). Estudo comparativo entre uma população toxicodependente sem abrigo e uma população toxicodependente domiciliada: aspectos psicossociais e psicopatológicos. *Toxicodependências*, 13 (3), 3-14.
- Godinho, J. (2008). *(Toxico)dependências*. *Revista Toxicodependências*, 1, (14), 85-87.
- Gomes ,de M. (1996). Empresa Feliz. São Paulo: Makiron Books.
- Groessel , E., Weingart, K. & Kaplan, R. (2008). Living with hepatitis C: qualitative interviews with hepatitis C-infected veterans. *J Gen Intern Med*. 23 (12), 1959-1965.
- Grupo de Estudo das Hepatites. Conferência de Consenso sobre Hepatite C, 1999, Março.

- Guerra, M. P. (1995). Uma escala de avaliação do suporte social: Sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV. In: Avaliação psicológica: Formas e Contextos; 3: 25-34
- Guimarães, R. & Fleming, M. (2009). Dor que consome. Para uma compreensão da dor mental na toxicodependência. *Toxicodependências*, 15, 2, 3-12.
- Hervás, S. et al. (2002). Características Clínicas em três grupos de dependentes a Drogas. *Salud y Drogas*, 2, (2).
- House, J. S. (2001). Social isolation kills, but how and why? *Psychosomatic Medicine*. 63,273-274.
- Instituto da Droga e Toxicodependência. (2006). A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências. Relatório Anual de 2005. IDT, Núcleo de Estatística.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (n.d.). Retirado de <http://www.idt.pt/>.
- Kao, J., Chen, P., Yang, P., Lai, M., Sheu, J., Wang, T. & Chen, D. (1992). Intrafamilial transmission of hepatitis C virus: the important role of infections between spouses. *J. Infect Dis.* 166 (4), 900-903.
- Keeling, D. I., Price, P. E., Jones, E. & Harding, K. G. (1996). Social support: some pragmatic implications for health care professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 76-81.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G., Leaf, P.S., 1996. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders. *Am. J. Orthopsychiatry* 66, 17-31.
- Kleber, H. (2003). Pharmacologic Treatments for Heroin and Cocaine dependence. *The American Journal on Addiction*, 12, 2.
- Kosten, T. (1988). The symptomatic and prognostic implications of psychiatric diagnosis in treated substance abusers. *NIDA Research Monograph*, 81, 416-421.

- Kurdek, L. & Sieski, G. (1990). The Nature and Correlates of Psychological Adjustment in Gay Men with AIDS-Related Conditions. *Journal of Applied Social Psychology*. 10 (20), 846-860.
- Laudet, A., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The role of social supports, spirituality, religiousness, life meaning and affiliation with 12-step fellowships in quality of life satisfaction among individuals in recovery from alcohol and drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1-2), 33-73.
- Lehman, C. & Cheung, R. (2002). Depression, anxiety, post-traumatic stress, and alcohol-related problems among veterans with chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol*, 97, 2640-6.
- Levi, L., Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: D. F. El Manual Moderno.
- Levy, A., Kowdley, K., Iloeje, U., Tafesse, E., Mukherjee, J., Gish, R., Bzowej, N. & Briggs, A. (2008). The impact of chronic hepatitis B on quality of life: a multinational study of utilities from infected and uninfected persons. *Value Health*. 11 (3), 527-538.
- Machado, P., Klein, J. (2007). Drug dependence and psychological distress in Portuguese patients entering a substance abuse treatment center. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, (1), 83-91.
- Macias, A., Leal, F., Fernandez-gil, M., Pacheco, D. & Aliño, L. (2000). "Comorbilidade psiquiátrica en drogodependencias", *Psiquiatria.com* 2000, 4 (4).
- Magura, S. (2003). The role of work in substance dependency treatment: A preliminary overview. *Substance Use & Misuse*, 38(11-13), 1865-1876.
- Marques Teixeira, J. (2003). Comorbilidade infecciosa e psiquiátrica em toxicodependentes de carreira: Um estudo empírico a partir do programa Porto Feliz. *Saúde Mental*, 5 (4), 9-21.
- Martins, A. (2002). Famílias: o tempo parado na (tóxico)dependência. *Revista Toxicodependências*, 8 (2), 63-70.

- Matos, A. (2005). Algumas considerações sobre o jogo relacional entre o toxicodependente e a sua família. *Revista Toxicodependências*, 11, (3), 53-62.
- McIntyre, T.; Gouveia, J.L.; Claudino, A.; Trovisqueira, A.; Soares, V. & Pereira, G. (no prelo). Validation of the hospital anxiety and depression scale in portuguese post myocardial infarction patients”. *Revista Psicologia Clinica y de la Salud*.
- McNally, S. T. & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(4), 309-314.
- Miguel, N. (1997). Toxicodependência: uma perspectiva. *Revista Toxicodependência*, 3, (1), 25-30.
- Molina, L. (2004). Consenso de la SEP sobre patologia dual. Eds. Ars Medica.
- Nath, P., Borkowski, J., Whitman, T. & Schellenbach, C. (1991). Understanding adolescent parenting: the dimensions and functions of social support. *Family Relations*, 40(4), 411-420.
- Navarro, R. (1996). Evaluación de la adicción a la cocaína, cannabis y heroína. In: Buela-Casal, G., Caballo, V. E., Sierra, J. C. (dirs.) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Neto, D., David, M. (1991). Toxicodependentes. Tratamento combinado e por etapas. *Jornal Noticias Médicas*, 1994, 1-4.
- Neto, D. (1996). Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes. Lisboa: Universitária Editora.
- Neves, A., Dickens, C. & Xavier, M. (2006). Comorbilidade entre hepatite C e depressão: aspectos epidemiológicos e etiopatogénicos. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 21-28.
- Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência. (2006). A evolução do fenómeno da droga na Europa. Relatório Anual 2006.

- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). *Relatório Anual 2011. A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Retirado de <http://www.emcdda.europa.eu/>.
- Oliveira, R. A. (2000). Elementos psicoterapêuticos na reabilitação dos sujeitos com incapacidades físicas adquiridas. *Análise psicológica*, 4 (18): 437-453.
- Oliveira, S., Monteiro, L., Freixo, T., Venâncio, Â. (2010). Interações medicamentosas entre a metadona e os anti-retrovirais. *Revista Toxicodependências*, 16, (3), 59-66.
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., Mohamad, H. (1996). *Quality of Life and Mental Health Services*. London: Routledge.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012). Retirado de <http://www.who.int/>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento de CID-10: casos clínicos de adultos: as várias faces dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Lockie, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., Godwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 2ª edição. Livpsic-Psicologia.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). In *Análise Psicológica*. 3 (17): 547-558.
- Pais-Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde*. Instrumentos Publicados em Português. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pariante, C., Orrú M., Baita, A., Farci, M. & Carpiello B. (1999). Treatment with interferon- α in patients with chronic hepatitis and mood or anxiety disorders. *Lancet*, 354: 131-2.
- Patrício, L. (1995). *Droga de Vida, Vidas de Droga*. Venda Nova: Bertrand Editora.

- Paúl, C. & Fonseca, A., M. (2001). *Psicossociologia da saúde*, Lisboa: Climepsi.
- Pereira, A. (2006). *SPSS: guia prático de utilização: análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Sílabo.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS (4ª ed)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinheiro, R. T., Sousa, P. L., Silva, R.A., Horta, B.L., Souza, R.M., Fleming, M. (2001). Cocaine addicts and their families: an empirical study of the processes of identification. *Int. J. Psychoanal.*, 82, 347-60.
- Ribeiro, J. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In Teresa McIntyre (Ed.) *Psicologia da saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras*. Braga: APPORT.
- Ribeiro, J. (1997). O papel da ansiedade no processo de recuperação do toxicodependente. *Toxicodependências*. 3 (2), 53-59.
- Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação e psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 2º edição. Livpsic- Psicologia.
- Riley, J. A. (March 1994). Dual diagnosis – Comorbid substance abuse or dependency and mental illness. *Mental Health Nursing*, 29(1), 29-34
- Rodrigues, S. (2006). Reflexões sobre qualidade de vida e tratamento de manutenção com metadona. *Revista Toxicodependências*, 12, (1), 55-62.
- Rokach, A. (2005). Drug withdrawal and coping with loneliness. *Social Indicators Research*, 73, 71-85.
- Rutter, D., & Quine, L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11, 5-22.

- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1): 127-139.
- Schenker, M. (1997). Droga, indivíduo, Família e Sociedade: Paradigma Sistémico. In *Toxicomanias: uma abordagem clínica*. Rio de Janeiro, NEPDA/UERJ: Sette Letras.
- Schottenfeld, RS. (1993). Psychotherapeutic approaches to dual-diagnosis patients. In W.H. Sledge & A. Tasman (Eds.), *Clinical Challenges in Psychiatry* (pp. 5-33). Washington, D.C: American Psychiatric Press, Inc.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, (2), 580-588.
- Silva e Sousa, A. (2002). Aconselhamento e reabilitação psicossocial no toxicodependente. *Revista Toxicodependências*, 8, (1), 25-30.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., & Ramos, H. (2003). Qualidade de Vida e complicações crônicas da diabetes. *Análise Psicológica*, 2, (XXI), 185-194.
- Sindelar, J. L., & Fiellin, D. A. (2001). Innovations in treatment for drug abuse: Solutions to a public health problem. *Annual Review of Public Health*, 22, 249-272.
- Siqueira, M. (2008). Construção e validação da Escala de Percepção do Suporte Social. *Psicologia em estudo*. 13 (2): 381-388.
- Singh, N., Gayowski, T., Wagener, M. & Marino, I. (1997). Vulnerability to psychologic distress and depression in patients with end-stage liver disease due to hepatitis C virus. *Clin Transplantation*, 11, 406-11.
- Snaith, R., & Zigmond, A. (1994). *HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.
- Snoek, F. (2000). Quality of Life: a closer look at measuring patients well-being. *Diabetes Spectrum*, 13, 24-28.
- Teuber, G., Schafer, A., Rimpel, J., Paul, K., Keicher, C., Scheurlen, M., Zeuzem, S. & Kraus, M. (2008). Deterioration of health-related quality of life and fatigue in patients with chronic hepatitis C: association with demographic factors,

- inflammatory activity, and degree of fibrosis. *Journal of Hepathology*. 49 (6), 923-929.
- Torres, N., Chagas, T., & Ribeiro, J. (2008). Dependência emocional e consumo de substâncias psicoativas: um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de pressupostos básicos de W.R. Bion. *Revista Toxicodependências*, 14, (3), 35-48.
- Valleur, M. (2002). Elementos Epidemiológicos. In P. Angel, D. Richard & M. Valleur, *Toxicomanias* (42-49). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Serra, A., Perreira, M., Rijó, D., Quartilho, M., *et al.* (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27, (1), 41-49.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- Younossi, Z., Kiwi, M., Boparai, N., Price, L. & Guyatt, G. (2000). Cholestatic liver diseases and health-related quality of life. *Am J Gastroenterol*. 95 (2), 497-502.
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zocalli, R., Muscatello, M. R., Bruno, A., Bilardi, F., De Stefano, C., Felletti, E., Isgrò, S., Micalizzi, V., Micò, U., Romeo, A., & Meduri, M. (2007). Temperament and character dimensions in opiate addicts: Comparing subjects who completed inpatient treatment in therapeutic communities vs. incompleters. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(5), 707-715.

Anexos

Consentimento Informado

“Suporte Social, Qualidade de Vida e Morbidade Psicológica nos Toxicodependentes com Hepatite B e C”

O investigador responsável: _____

Nome: _____

Eu, abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia²⁶, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Sei que não posso esperar nenhum benefício direto para mim, mas sei que ajudarei os investigadores a perceber melhor o nível de suporte social e a qualidade de vida do toxicodependente com hepatite B e C. Também sei que as minhas respostas não terão efeito direto na maneira como serei tratado(a) no futuro. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada. Por isso, consinto que me seja aplicado os questionários propostos pelo investigador. Concordo responder o melhor possível às questões que me forem colocadas e ao questionário. Ainda que o investigador tenha acesso ao meu número do processo clínico, eu sei que ele será separado das minhas respostas e que as minhas respostas não podem ser relacionadas com o meu nome/processo, excepto pelo entrevistador e os seus colegas de investigação. Assim, foi-me informado que o meu nome não aparecerá em qualquer documento utilizado na investigação, nem será alvo de exposição dos resultados em comunicações e no seio das aulas académicas.

Assinatura _____

Data _____ Local _____

Questionário Socio-demográfico e Clínico

1. Idade_____
2. Sexo_____
3. Nacionalidade_____
4. Escolaridade
 - a. Não sabe ler nem escrever_____
 - b. 1º-4º anos_____
 - c. 5º-6º anos_____
 - d. 7º-9º anos_____
 - e. 10º-12º anos_____
 - f. Estudos universitários_____
5. Profissão_____
6. Situação profissional?
 - a. Empregado_____
 - b. Desempregado_____
 - c. Reformado_____
7. Está dependente de si a nível financeiro?
 - a. Sim_____
 - b. Não_____
8. Coabitação?_____
9. Estado civil
 - a. Solteiro(a)_____
 - b. Casado(a)_____
 - c. Divorciado(a)_____
10. Está actualmente doente?_____
11. Que doença(as) têm?_____

12. Há quanto tempo?_____

13. Que drogas consome? Idade de início?

a. Álcool_____

b. Heroína_____

c. Cocaína_____

d. Haxixe_____

e. Outras_____

f. Qual a(s) droga(s) de eleição?_____

14. Partilha de material?

a. Sim_____

b. Não_____

15. Está abstinente de drogas/álcool?

a. Sim_____

b. Não_____

c. Há quanto tempo?_____

16. Tem familiares com problemas de álcool ou drogas?

a. Sim_____

b. Não_____

17. Tem algum problema de saúde causado pela dependência?

a. Sim_____

b. Não_____

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$			

DADOS PESSOAIS

A1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade

Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
1º-4º anos	<input type="text"/>
5º-6º anos	<input type="text"/>
7º-9º anos	<input type="text"/>
10º-12º anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>

A5 Profissão

A6.1 Freguesia

A6.2 Concelho

A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

Solteiro(a)	<input type="text"/>
Casado(a)	<input type="text"/>
União de facto	<input type="text"/>
Separado(a)	<input type="text"/>
Divorciado(a)	<input type="text"/>
Viúvo(a)	<input type="text"/>

B1a Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐

B1b Que doença é que tem?

B2 Há quanto tempo?

B3 Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado ☐
2. Assistido pelo entrevistador ☐
3. Administrado pelo entrevistador ☐

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Satisfação com o Suporte Social (ESSS) (Ribeiro, 1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo Totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo Totalmente
1 – Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2 – Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
3 – Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
4 – Quando preciso desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5 – Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6 – Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7 – Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8 – Gostava de participar mais em actividades de organizações (p. e. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9 – Estou satisfeito/a com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10 – Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11 – Estou satisfeito/a com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12 – Estou satisfeito/a com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13 – Estou satisfeito/a com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14 – Estou satisfeito/a com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15 – Estou satisfeito/a com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

HADS

Zigmond and Snaith, 1983.

Traduzido e adaptado por

Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva, 1999

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz ☐ no espaço a seguir à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada será, será provavelmente mais correcta do que uma resposta mais ponderada.

Por favor faça apenas uma cruz ☐ em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

Quase Sempre	<input type="checkbox"/>
Muitas Vezes	<input type="checkbox"/>
Por Vezes	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

2. Ainda sinto prazer nas coisas que costumava gostar:

Tanto como Antes	<input type="checkbox"/>
Não tanto Agora	<input type="checkbox"/>
Só um Pouco	<input type="checkbox"/>
Quase Nada	<input type="checkbox"/>

3. Tenho uma sensação de medo como se algo terrível estivesse para acontecer:

Sim e muito forte	<input type="checkbox"/>
Sim, mas não muito forte	<input type="checkbox"/>
Um pouco, mas não me aflige	<input type="checkbox"/>
De modo algum	<input type="checkbox"/>

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

Tanto como antes	<input type="checkbox"/>
Não tanto Agora	<input type="checkbox"/>
Muito menos Agora	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações

A maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes	<input type="checkbox"/>
Por vezes	<input type="checkbox"/>
Quase Nunca	<input type="checkbox"/>

6. Sinto-me animado/a:

Nunca	<input type="checkbox"/>
Poucas Vezes	<input type="checkbox"/>
De vez em quando	<input type="checkbox"/>
Quase sempre	<input type="checkbox"/>

7. Sou capaz de estar descontraidamente

sentado/a e sentir-me relaxado/a:

Quase Sempre	<input type="checkbox"/>
Muitas Vezes	<input type="checkbox"/>
Por vezes	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

8. Sinto-me mais lento como se fizesse as coisas mais devagar:

Quase Sempre	<input type="checkbox"/>
Muitas Vezes	<input type="checkbox"/>
Por Vezes	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

9. Sinto-me de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

Nunca	<input type="checkbox"/>
Por Vezes	<input type="checkbox"/>
Muitas Vezes	<input type="checkbox"/>
Quase Sempre	<input type="checkbox"/>

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

Completamente	<input type="checkbox"/>
Não dou a atenção que devia	<input type="checkbox"/>
Talvez cuide menos do que antes	<input type="checkbox"/>
Tenho o mesmo interesse de sempre	<input type="checkbox"/>

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a, que não consigo estar parado/a:

Muito	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Não muito	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

Tanto como antes	<input type="checkbox"/>
Não tanto como antes	<input type="checkbox"/>
Bastante menos agora	<input type="checkbox"/>
Quase Nunca	<input type="checkbox"/>

13. De repente, tenho sensações de pânico:

Muitas Vezes	<input type="checkbox"/>
Bastantes Vezes	<input type="checkbox"/>
Por Vezes	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um

bom programa de rádio ou de televisão:

Muitas Vezes	<input type="checkbox"/>
De vez em quando	<input type="checkbox"/>
Poucas Vezes	<input type="checkbox"/>
Quase Nunca	<input type="checkbox"/>